

Nobel Museum Occasional Papers nr 4  
Stockholm 2007

# Medicinshistoria idag

Perspektiv på det samtida svenska forskningsfältet

NOBEL MUSEUM OCCASIONAL PAPERS

ISSN 1652-9855

Redaktör: Eva Åhrén

Nobel Museum

Box 2245

SE-103 16 Stockholm

Sweden

[eva.ahren@nobel.se](mailto:eva.ahren@nobel.se)

+46 (0)8 53 48 18 00

# Innehåll

<b>Förord</b> Eva Åhren	<b>5</b>
<b>Medicinshistoria idag – kritiska dialoger</b> Karin Johannisson	<b>9</b>
<b>Historia och medicin: En studie av svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004</b> Roger Qvarsell	<b>19</b>
<b>Den biomedicinska samtiden som medicinhistorisk utmaning</b> Thomas Söderqvist	<b>41</b>
<b>Vård som social åtgärd: En kort diskussion kring social medicinshistoria med exempel från alkoholistvården kring sekelskiftet 1900</b> Anna Prestjan	<b>49</b>
<b>Steriliserad, kastrerad, lobotomerad – om medicinshistoria och intersektionalitet</b> Ulrika Nilsson	<b>55</b>
<b>Författarpresentationer</b>	<b>91</b>
<b>Bilagor:</b>	
1) Svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004	93
2) Program, Medicinshistoria idag	99



# Förord

Eva Åhrén

En höstdag 2004 träffade jag Karin Johannisson i Uppsala. Som vanligt hade vi mycket att diskutera, många tanketrådar att följa och alldeles för lite tid. Samtalet kom in på medicinhistoria som forskningsfält i Sverige. Läsningen av *Locating Medical History: The Stories and Their Meaning*, utgiven av Frank Huisman och John Harley Warner (Baltimore 2004) hade givit oss impulsen att försöka lokalisera medicinhistoriens ställning och utveckling på hemmaplan. Vi bestämde oss för att ordna en konferens på detta tema, som ett samarrangemang mellan Institutionen för idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet och Nobelmuseet i Stockholm. Målet skulle vara att samla forskare inom humanistisk/samhällsvetenskaplig medicinhistoria i vid bemärkelse, från de många spridda miljöer där sådan forskning bedrivs idag, till ett möte där forskningsfältet kunde inventeras och diskuteras. Dessutom tänkte vi att tiden nog borde vara mogen för att skapa ett medicinhistoriskt nätverk, en organisation som skulle skapa möjligheter för forskare inom området att hålla kontakt med varandra, samt gärna arrangera återkommande konferenser.

Så den 22 augusti 2005 samlades drygt fyrtio personer från många olika institutioner runtom i Sverige, samt ett par från Norge och Danmark, på Nobelmuseet. Dagen inleddes med en session om medicinhistoriens historia (se bilaga 2, konferensprogram), och efter lunch följde en session om aktuella teorier och perspektiv inom den medicinhistoriska forskningen, samt en diskussion om hur man skulle kunna gå vidare för att stärka utbytet forskare emellan. Denna diskussion ledde till bildandet av ett medicinhistoriskt nätverk, administrerat av Institutionen för idé- och lärdoms historia i Uppsala; en arbetsgrupp för att utreda möjligheter till mer omfattande webb-

baserade nätverksaktiviteter; samt till att Ingemar Nilsson tog upp stafettpinnen för att arrangera nätverkets nästa konferens i Göteborg hösten 2006.

Som arrangör kan man inte annat än att glädja sig åt ett sådant resultat! Men det var inte allt: konferensdagen var full av livliga diskussioner även utanför sessionerna. Forskare och doktorander utbytte idéer, erfarenheter och adresser, och nya kontakter uppstod mellan forskare med gemensamma intressen som inte tidigare kände till varandras verksamhet. Det står klart att det medicinhistoriska forskningsfältet i Sverige präglas av en stor spännvidd vad gäller frågeställningar, arbetssätt, empiriska material och teoretiska perspektiv. Det är i högsta grad livaktigt och dynamiskt, fyllt av intressant aktivitet och initiativrika människor, vilket lovar gott för framtiden.

Femton år efter utgivningen av *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Norstedts 1990), där Karin Johannisson diskuterade medicinhistoriens ställning, samlades vi alltså till en diskussion om fältets historia, samtid och framtid. Intressant nog citeras Johannissons analyser från 1990 i några av texterna i denna konferensrapport. Hennes dåtida analys av fältets traditioner och utveckling har dock kompletterats med nya perspektiv, inte minst inflytanden från kulturteori och genusforskning. Tre av texterna diskuterar medicinhistoriens historia och dess betydelse för den dagsaktuella forskningen: Karin Johannissons ”Medicinhistoria idag – kritiska dialoger”; Roger Qvarsells ”Historia och medicin: En studie av svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004”; och ”Den biomedicinska samtiden som medicinhistorisk utmaning” av Thomas Söderqvist. Titlarna får tala för sig själva...

Av deltagarna i konferensens andra session hade tyvärr bara två möjlighet att bidra till konferensrapporten: Anna Prestjan som har skrivit om ”Vård som social åtgärd: En kort diskussion kring social medicinhistoria med exempel från alkoholistvården kring sekelskiftet 1900”, samt Ulrika Nilsson som tar upp ett av de senaste årens mest produktiva teoretiska begrepp, intersektionalitet, i artikeln ”Steriliserad, kastrerad, lobotomerad – om medicinhistoria och intersektionalitet”.

Artiklarna i rapporten varierar stort i omfattning och inriktning. Det var ett medvetet val av mig som redaktör att låta författarna själva välja om de ville skriva något som låg nära de presentationer de gjorde vid konferensen (vilket Karin Johannisson, Thomas Söderqvist och Anna Prestjan gjort) eller om de ville utveckla sina framföranden till mer omfattande texter (vilket Roger Qvarsell och Ulrika Nilsson valde att göra). Ingen enhetlighet har heller eftersträvat vad gäller formalia. *Nobel Museum Occasional Papers* är en publikationsserie för aktuell och pågående forsk-

ning, och författarna har möjligheten att använda sina texter i andra sammanhang – vi kan alltså eventuellt se fram emot att läsa utvecklade varianter av dessa artiklar i andra publikationer (Roger Qvarsells artikel har till exempel publicerats i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*).

Konferensen Medicinhistoria idag var den första i en serie endagskonferenser som Nobelmuseets forskningsavdelning anordnar för att inventera och diskutera pågående (historisk/kritisk) forskning om de fem Nobelprisämnen fysik, kemi, fysiologi eller medicin, litteratur och fred, samt om ekonomisk vetenskap. I september 2006 hölls nummer två i serien: *Forskning och företagande – en komplicerad förlovning?* om relationen mellan forskning, företagande och ekonomiska föreställningar, i samarbete med Uppsala universitets Centrum för Teknik- och Vetenskapsstudier.

Till sist: eftersom flera av artikelförfattarna i denna skrift hänvisar till formuleringar i konferensinbjudan, låter jag inbjudan inleda skriften.

Stockholm i oktober 2006.

## INBJUDAN TILL ENDAGSKONFERENS

# MEDICINHISTORIA IDAG

**22 augusti 2005**

Området medicinhistoria har under de tre senaste decennierna utvidgats dramatiskt och har idag en utpräglad tvärdisciplinär profil kring en rad skilda teoretiska, metodologiska och tematiska utgångspunkter. Men också denna ”nya” medicinhistoria kan i ett 30-års-perspektiv historiseras och problematiseras. I mer eller mindre öppen opposition mot en äldre, inomvetenskapligt inriktad framgångshistoria med tyngdpunkt på stora namn och upptäckter kom ämnet från och med 1970-talet att drivas med en ny samhällsanalytisk och social inriktning, en ”underifrånblick” med fokus på bl.a. medikaliseringsprocesser, maktstrukturer och vårdens svaga grupper. Detta sociala perspektiv har i sin tur avlösts av ett kulturhistoriskt. Vad innebär denna utveckling för ämnets ställning och status idag? Hur står vi i relation till 70-talets kritiska perspektiv? Vilka frågeställningar och material uppfattar vi idag som mest angelägna? Har vi i själva verket avlägsnat oss för långt från medicinen själv, de vetenskapliga, begreppsliga och vårdpolitiska fält som vi önskar problematisera just med ett historiskt, kritiskt och humanistiskt perspektiv?

Vi vill inbjuda medicinhistoriskt aktiva forskare till en endagskonferens kring dessa frågor. Syftet är att inventera och diskutera var svensk medicinhistorisk forskning står idag och vart den är på väg. Samtidigt vill vi inbjuda till skapandet av ett nätverk för historiskt-humanistiskt och samhällsvetenskapligt inriktad medicinhistoria.

Konferensen, som är kostnadsfri för deltagarna, arrangeras som ett samarbete mellan Inst. för idé- och lärdomshistoria, Uppsala universitet (Karin Johannisson) och Forskningsavdelningen vid Nobelmuseet, Stockholm (Eva Åhrén Snickare).

Tid : månd. 22 augusti 2005 kl. 10-17.

Plats: Källargränd 4, 2 tr., Nobelmuseet, Gamla stan, Stockholm.



# Medicinshistoria idag – kritiska dialoger

**Karin Johannisson**

Medicinshistoria idag tycks vid första anblicken lida av diagnosen multipel personlighet eller personlighetsklyvnad. Samtidigt är den frisk och livskraftig. Frågan huruvida avsaknaden av enhetlig disciplinär identitet är ett problem eller inte, tål att diskuteras. Diagnosen teorilöshet kan däremot avfärdas. Antropologiska, filosofiska, genusvetenskapliga, kulturteoretiska och vetenskapssociologiska influenser har bokstavligen strömmat in i en medicinshistoria som idag befinner sig i ett mycket expansivt skede.

Fältet har genomgått en snabb utveckling sedan 1970-talet – då det också började skilja ut sig från en äldre inomvetenskaplig, positivistisk och i första hand läkar-skriven medicinshistoria. De centrala forskningsinsatserna görs idag huvudsakligen av professionella (akademiska) historiker eller andra human- och samhällsvetare. Både internationellt och nationellt framstår medicinshistoria som en dynamisk domän som lockar till sig växande skaror av studenter och doktorander, expanderar på akademisk nivå och har ett gott publikt och medialt anseende.

Men vill man hålla fast vid den sammanhållande rubriken medicinshistoria är den tematiska och teoretiska spänningarna tydliga, både inter- och subdisciplinärt. Det gäller mellan de humanvetenskapliga, alltså de historiska, idéhistoriska, antropologiska, etnologiska och filosofiska disciplinerna, men också mellan historiska perspektiv och nuets, sociala perspektiv och kulturvetenskapliga, vetenskapshistoriska och genusvetenskapliga, och mellan alla dessa perspektiv och medicinen själv.

Namnproblemet är kroniskt: medicinsk humanvetenskap, medicinsk humaniora, humanistisk medicin, medicinsk kulturhistoria, folkhälsohistoria, hälsa och samhälle. Idag separeras ämnet också genom tidsmässiga särfält som exempelvis tidigmodern medicinshistoria eller medicinsk samtidshistoria.

Och om man poängterar det andra ledet i begreppet medicinhistoria – *historia*, att studera förflutenheten – öppnar sig frågorna vilken, vems, varför? Trycker man å andra sidan på begreppets första led, *medicinhistoria*, vad inkluderas då – medicinens, vårdens och de medicinska upptäckternas historia, men också dödens, kroppens och känslornas? Social medicinhistoria eller medicinsk *kulturhistoria* – vad är skillnaden?

Kanske är det denna multipla personlighet som gör att området medicinhistoria har producerat relativt sparsam övergripande teoretisk litteratur. Mellan *The problem of medical knowledge* (1982), utgiven av Andrew Wear och John Treacher (1982) och *Locating medical history: The stories and their meanings* (2004)<sup>1</sup>, utgiven av Frank Huisman och John Harley Warner, utbreder sig tystnader och tomrum. Observera att jag här talar om generella teoretiska översiktverk, varken om kortare ansatser och artiklar kring enskilda frågeställningar och teman (exempelvis kroppen) eller om generella medicinhistoriska översikter. Handböcker av den senare typen har tvärtom publicerats med imponerande systematik framförallt genom anglosaxiska medicinhistoriker som Roy Porter, Peter Conrad, John V. Pickstone och Roger Cooter. Just Cooter har för övrigt beskrivit hur han misslyckades med uppdraget att skriva en ”Social history of medicine”.<sup>2</sup>

Ytligt sett kan den humanistiska medicinhistorien också tyckas klämd mellan å ena sidan renässansen för en biologiserad medicin och å den andra en radikal socialkonstruktivism. Biologins återkomst som generell medicinsk förklaringsmodell är intressant och har på vissa emblematiske områden (genetik, neuropsykiatri) tilldragit sig stor uppmärksamhet. Ibland uppstår öppna kontroverser mellan biologiska/essentialistiska och kulturella/konstruktivistiska perspektiv och utgångspunkter. Vad gäller till exempel psykiatriska diagnoser är konflikten högst synlig. På de mera fridsamma arenorna kämpar många medicinhistoriker för problematiserande humanvetenskapliga perspektiv på medicinen som vetenskap, struktur och verksamhet, liksom för de humanistiska perspektivens plats i vård- och läkarutbildningarna. Ibland tycks positionerna låsta, ibland öppnar sig dialoger. Här och där dyker ett Centrum för mångkulturell medicin upp, mäktiga forskningsfinansiärer utlyser pengar till områden som Kultur och hälsa, och en och annan humanist beskåras rentav ett medicine hedersdoktorat.

### **Varför medicinhistoria?**

Medicinhistoria som forskningsfält har en unik ställning genom att knappast behöva motivera inför sig själv eller omvärlden varför det är angeläget. Varje medicinsk

berättelse har en generell existentiell dimension som berör människan som kännande och lidande varelse och som ligger öppen i teman som födande, sjukdom, sår, smärta, sexualitet och död. Medicinhistoria har därmed vad som kan kallas *existentiell relevans*. Vem skriver den viktiga historien, historien om vad det är att vara människa? frågade sig Friedrich Nietzsche. Vem skriver kärlekens, girighetens, smärtans eller grymhetens historia? (*Den glada vetenskapen* 1882). Och Susan Sontag påminner från helt andra utgångspunkter om samma nära koppling mellan medicinskt och mänskligt i den berömda inledningen till *Sjukdom som metafor* (1978): ”Var och en har ett dubbelt medborgarskap, ett i de friskas rike och ett i de sjukas. Även om vi alla föredrar att bara använda det ena passet, blir var och en av oss tvungen, förr eller senare, åtminstone för ett tag, att acceptera oss själva som medborgare i det där andra riket.”

Berättelserna om alla dessa kroppsliga erfarenheter, och hur vi hanterar dem, lever ett eget liv och tycks inte behöva några beskäftiga teoretiska verktyg.

Och samtidigt behövs givetvis just dessa verktyg. Hela det medicinska fältet, hur vi än väljer att definiera det, är förknippat med samhälle, politik, profession, ekonomi, kön och makt. Medicinens begrepp och blickar är – och har varit – centrala för att konstruera och problematisera begrepp som hälsa och ohälsa, arbetsförmåga och handikapp, kroppens disciplinering och kroppens avvikelse. Medicinen definierar sociala kategorier, fastställer normerna för normalt och onormalt, friskt och sjukt, manligt och kvinnligt. Centrala kategorier i all historisk forskning som kön, ras, sexualitet, ålder, dödlighet, reproduktion och kropp tillhör alla medicinhistorien. Biopolitik i form av befolkningspolitik, folkhälsopolitik och hygienprogram hör också dit. I själva verket finns det knappast något område – inklusive klass, barndom, livsstil, industrialisering, arbetsmiljö, bomiljö, teknikanpassning – där den medicinska dimensionen inte finns med för att stödja och bekräfta intressen, normer, värderingar och ideal.

Det innebär att det medicinska inte befinner sig *inuti* det politiska eller sociala, utan *är* det politiska och sociala. Medicinen kan inte bara studeras i kroppar, sjukdomar och medicinska institutioner, utan i teknologier och praktiker, normer och regelsystem, texter, byggnader och rumsliga arrangemang, riter och populärkultur, konst och en rad visuella och mediala representationer.

I denna föränderliga medicinhistoria har de teoretiska perspektiven givetvis varit många. Den huvudsakliga riktningen kan beskrivas som en rörelse bort från ett traditionellt *vetenskapshistoriskt-positivistiskt* ideal och till en medicinhistoria ”beyond the Great Doctors”. John V. Pickstone varnar visserligen för att vi gör det alltför enkelt för oss om vi låtsas att medicinhistoriens historia bara består av enögd,

glorifierande läkarhistoria. Att vara medicinshistoriker, påpekar han, har alltid varit att vara inkopplad i en mängd sammanhang och i ett nätverk av discipliner vars historia också är vår: demografi, kulturhistoria, litteratur- och konstvetenskap, medicinens alla specialområden, medicinsk sociologi och folkhälsovetenskap, etnologi och medicinforskning, politisk och ekonomisk historia.<sup>3</sup>

Det är en viktig påminnelse. Ändå är det onekligen just mot det internalistiska, slutna och mestadels okritiska perspektivet som modern medicinshistoria framgångsrikt har vässat sina klor. Inom ramarna för en större politisk kulturkritik under 1960- och 70-talen, och med eggen mot så skilda områden som det läkemedelsindustriella komplexet, köns- och rasförtryck, medicinens kontroll över handikappade och psykiskt avvikande, växte en mer samhällsorienterad medicinshistoria fram. Samtidigt blev vetenskapshistorien själv (och medicinshistorien som en del av den) ”sociologiserad”.

Orienteringen har löpt längs en rad positioner och teoretiska ingångar. En delvis Foucault-inspirerad förgrening kan kallas just *kritisk* och har sin analytiska tyngdpunkt antingen på medicinens diskurser och institutioner och skilda medikaliserings-, makt- och disciplineringsstrategier, eller på en explicit politisk vård-, psykiatri- och läkemedelskritik. En annan förgrening kan benämnas *social* medicinshistoria – ursprungligen definierad som en ekonomisk och politisk ”medicinshistoria utan medicin” – men från och med 1970-talet snarare som ”medicin underifrån” och med tyngdpunkt på levnadsvillkor och kroppsliga erfarenheter, patienthistoria, vårdhistoria, folk- och populärkulturella föreställningar. På den medicinshistoriska stammen har också starka grenverk växt ut med utgångspunkter i *feministisk/genusvetenskaplig/intersektionell* teoribildning, liksom i *medicinsk antropologisk, diskursanalytisk/språklig, socialkonstruktivistisk, fenomenologisk, vetenskapssociologisk* och *postkolonial*. Det dominerande sociala grundperspektivet har under senare år fått konkurrens av en flod av *kulturteoretiskt* orienterade studier (cultural studies) som frilägger representationer av kropp, hälsa, sjukdom och död i vitt skilda typer av texter och spår av materiell kultur.

Sammanfattningsvis kan det medicinshistoriska fältet teoretiskt sett beskrivas som kännetecknat av viss splittring men samtidigt av en intensiv och växande interaktivitet. Kanske framstår också begreppen eklektisk och pluralistisk – skällsord under 1960- och 70-talen! – som mer adekvata än det negativt laddade ”splittrad”. Den äldre medicinshistorien har, ibland orättvisande – inte minst fanns det centrala sociala perspektiv hos forskare som Henry Sigerist, Owsei Temkin (för övrigt god

vän med en av den moderna kulturhistoriens *founding fathers* Norbert Elias), George Rosen och andra – fått tjäna rollen av överlevd och förändringsobenägen geront. Men just den kritiska positioneringen har varit en viktig kraftskapande utgångspunkt för den nya medicinhistorien.

### **Teman och trender**

Skall den tematiska rörelsen i de tre senaste decenniernas medicinhistoria preciseras kan det bara göras i en allmän och delvis godtyckligt listad form:

Biopolitik och folkhälsa

Institutioner, professioner och gränsdragningar

Kliniken

Maktrelationer, läkarrollen, det medicinska mötet

Normalitet och avvikelse

Klassificering och kategorisering

Kropp

Sjukdoms- och diagnoshistoria

Psykiatrihistoria, rättspsykiatri

Kön (kvinnliga läkare; kvinnokropp, kvinnohälsa och förlossning; manskropp och manlighet, könade vetenskapliga teorier)

Klass (yrkesmedicin, klassrelaterad ohälsa, klass som biologisk kategori)

Ras (rasbiologi, steriliseringar, kolonial medicin och postkoloniala omdefinitioner)

Sexualitet (homosexualitet, aids)

Passager, passageriter (födande, sjukdom, död, självmord)

Lekmannamedicin/alternativmedicin

Medicin och populärkultur

Medicinska media/reklam

Bildanalys/visuell kultur

Bioteknik, biomedicinska modeller

Den digitala kroppen

Bland teman som tycks vara ”på väg in” i bemärkelsen att de har en synlig plats i den medicinhistoriska publiceringen kan nämnas:

Sinnena (som kroppslig erfarenhet och tyst kunskap)

Klinikens praktiker, laboratoriet

Läkemedel och läkemedelsindustri

Diagnoskritik

Sammanfattningsvis kan det hävdas att medicinshistoria idag (2005) tycks dra bort från de stora politiska och sociala analyserna och röra sig mot teman som ”den andre” (representerad av patienten, kvinnan, icke-europén, avvikaren), mot språk, praktiker och kulturella representationer, mot kombinationer av ultramodern bioteknik och mediala former, delvis också mot ett slags medicinens och kroppens mikrohistoria (bröstens, luktens historia).

Samtidigt är det nationella variationerna stora. Medan de anglosaxiska länderna representerar en bred teoretisk och tematisk bredd, tycks tyska medicinshistoriker favorisera teman som kropp, patient-läkarrelationen och alternativmedicin, Frankrike teman som mentaliteter och fenomenologiska sjukdomsanalyser och Skandinavien institutions- och vårdshistoria (även om fältet idag öppnar sig brett).

Här finns också en märklig eftersläpning. En genomgång av de senaste årgångarna av de fyra främsta anglosaxiska medicinshistoriska tidskrifterna *Bulletin of the History of Medicine*, *Journal of the History of Medicine*, *Medical History* och *Social History of Medicine* visar att artiklarna domineras starkt av en traditionell vetenskapshistorisk medicinshistoria tillsammans med teman som folkhälsa och institutionshistoria.

En systematisk inventering av samtliga artiklar i *Bulletin of the History of Medicine* under perioden 1980-2000 visar att år 1980 handlade så mycket som 50 procent av alla artiklar om läkare, under andra hälften av 80-talet hade siffran sjunkit till 40, och under 1990-talet till 30 procent.<sup>4</sup> Artiklar på teman som kön, ras, sexualitet och patient ökade under samma period från tre till femton procent.

Min egen genomgång av det senaste numret av *Medical history* (49:3 2005) ger samma intryck; vetenskaps- och institutionshistorien dominerar. En lika slumpmässig genomläsning av den senaste katalogen från Yale University Press (augusti 2005) över aktuell bokutgivning träffar däremot – för området medicinshistoria – rakt på en titel med tre tidstypiska, strategiska key-words *Women, touch and power*.<sup>5</sup>

### **Kritiska dialoger**

Det finns alltså stora skillnader i de sätt som olika discipliner och sub- och tvärdisciplinära perspektiv arbetar med i skrivandet av medicinens historia. Men kring

en sak råder stor enighet: medicinens centrala betydelse i västvärlden inte bara för sjukdom och hälsa i alla deras aspekter, utan som styrmekanism för social kontroll, normskapande, idealbildning och konstruktioner av kön och identitet. Just därför är medicinhistoria det närvarandes historia.

Här finns mycket att hämta i ett eklektiskt förhållningssätt som angriper ett forskningsproblem från skilda teoretiska och metodologiska håll men med hög medvetenhet om betydelsen av historisk analys och contextualisering.

Här finns också spänningar. En *första* gäller relationen till Foucault. Inte minst Roy Porter, det utan jämförelse största namnet i det sena 1900-talets medicinhistoria, för i flera av sina texter en frustrerad dialog med Foucault som han erkände sitt beroende av, men också kritiserade för godtycklighet, empirisk svaghet, instabilitet och inte minst för att reducera individen till en fånge i maktfullkomliga diskursiva nät. Martin Dinges har visat hur Foucaultforskningen har haft stora svårigheter att tränga in i tysk medicinhistoria.<sup>6</sup>

En *andra* spänning gäller relationen till socialkonstruktivismen och dess skilda former. Vetenskapssociologin har varit avgörande för detta kunskapsfält som analyserar vetenskaplig verksamhet i termer av intressen, nätverk och förhandlingar. Men vilken sorts socialkonstruktivism diskuterar vi – metodologisk eller ontologisk? Hur radikal kan och bör den vara? Perspektivet har till exempel varit fruktbart för att analysera vad Ian Hacking kallar ”flyktiga sjukdomar” eller de rörliga gränserna mellan normalt och avvikande.<sup>7</sup> Men begreppet är laddat. Varför valde till exempel Charles Rosenberg att i sin viktiga diskussion av rörliga sjukdomsbilder ersätta begreppet social konstruktion med det vaga och knappast tydliga ”socialt ramverk” (frame)?<sup>8</sup>

En *tredje* spänning finns mellan vad som förenklat kan kallas en ”social” medicinhistoria och en ”kulturell”. Under den provokativa rubriken *”Framing” the End of Social History of Medicine*, har Roger Cooter kritiserat den nya kulturhistorien för att göra allt till text och låta politiskt centrala kategorier som klass, samhälle och ideologi försvinna i bakgrunden till förmån för medicinhistoria som ett slags pratig marknadsplats för gränslös diversifiering, eklekticism och diskontinuitet.<sup>9</sup>

Ett *fjärde* spänningsfält är medicinhistoriens relation till medicinens egen självbild. Denna spänning var kronisk i 1960- och 70-talen politiska vetenskapskritik och har därefter återkommit i skilda former. Idag är till exempel striden het om sjukdomsdefinitioner, klassificeringsprinciper och neomedikalisering liksom om etiska principer kring den nya bioteknikens och reproduktionsbiologins science fiction-liknande möjligheter.

### Medicinshistoria i ett framtidsperspektiv

Cooters oro över en medicinshistoria idag som enligt hans mening flörtar alltför lättsinnigt med den nya kulturhistorien är värd att ta på allvar. Inte så mycket för att denna medicinshistoria stundom tycks gömma sig i diskurser, konstruktioner, representationer och narrativ. Inte heller för dess dragning åt det spektakulära (död, sex, monster, mumier, seriemördare, hermafroditer, cyborger, digitala kroppar). Utan snarare för att den riskerar att svika kontakten med medicinen själv.

Medicinshistoria efter de språkliga och kulturella ”vändningarna” har knappast lyckats skapa en gemensam agenda och uppgift, åtminstone inte jämfört med de debatter som under 1970- och 80-talen elektrifierade och förvandlade ämnet till ett irriterande sandkorn i den medicinska maktens sfärer – och samtidigt till en blicköppnare. Det återstår visserligen att se om den kulturella medicinshistorien är mindre politisk än den sociala. Det är inte självklart. På en rad kunskapsfält som till exempel kropp, död, handikapp, etnicitet och sexualitet har den frigjort nya blickar. Den har också ingått fruktbara allianser just med ”det sociala” i studier på områden som till exempel i rättsmedicin, rättspsykiatri och kriminologi.

Den sammanfattande frågan måste ändå bli: *vad vill vi med medicinshistorien?* Bejakad pluralism innebär inte att vi inte skall föra en ständig diskussion om just denna fråga. Den medvetna forskarens moraliska plikt är att relatera sina historiska, antropologiska och sociologiska resultat till nutidsaktuella problem, hävdade antropologen Anne Parsons på 1960-talet och hon skulle knappast ha motsagts av vare sig Nietzsche eller Foucault.<sup>10</sup>

Alltså: vilka frågeställningar och problemfält är angelägna och hur väljer vi dem? Har vi avlägsnat oss för långt dels från medicinshistoriens kritiska och politiska potential, dels från medicinen själv, just det fält som vi vill problematisera, analysera och påverka? Talar vi så att vi blir förstådda och hittar vi rätt sammanhang och rätt scener att tala från? En sak är klar, det vore oklokt att inte upprätthålla kritiska och konstruktiva dialoger med hela det medicinska jättekomples som varje dag berör centrala mänskliga värden och där inte minst de historiska perspektiven tillför djup och analys.



**Noter**

- <sup>1</sup> Recenserad av John V. Pickstone, ”Medical History as a Way of Life”, *Social History of Medicine*, 18:2 (2005), 307–323.
- <sup>2</sup> Roger Cooter, ”Framing the End of Social History of Medicine”, i Frank Huisman & John Harley Warner, eds, *Locating Medical History: The Stories and their Meanings*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press 2004, 309–337.
- <sup>3</sup> Pickstone, ”Medical History as a Way of Life”.
- <sup>4</sup> *Locating Medical History*, 177.
- <sup>5</sup> Laura Gowing, *Common Bodies: Women, Touch and Power in Seventeenth-century England*. New Haven: Yale University Press 2003.
- <sup>6</sup> Se artiklar i Colin Jones & Roy Porter, eds, *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*. London: Routledge 1994.
- <sup>7</sup> Ian Hacking, *Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. London: Free Association Books 1998.
- <sup>8</sup> Charles E. Rosenberg, ”Framing Disease: Illness, Society, and History”, i Charles E. Rosenberg & Janet Golden, eds, *Framing disease: Studies in cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press 1992.
- <sup>9</sup> Cooter, ”Framing the End of Social History of Medicine”.
- <sup>10</sup> Anne, Parsons, *Belief, Magic, and Anomie: Essays in Psychosocial Anthropology*. New York: The Free Press 1969.



# Historia och medicin – En studie av svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004

Roger Qvarsell

Under de senaste decennierna har intresset för att bedriva historisk forskning inom ett brett område som rör medicinsk vetenskap och läkekonst, sjukdomsföreställningar och hälsoideal, sjukvård och förebyggande åtgärder ökat på ett mycket påtagligt sätt. Det finns flera orsaker till detta. En av dessa bör sökas i det mer generella intresset för välfärdssamhällets utveckling under 1900-talet och dess relation till framväxten av en omfattande forskning om människan ur biologiska, medicinska, sociala och psykologiska synvinklar. I den moderniseringsprocess och välståndsutveckling som i grunden förändrade förutsättningarna för den västerländska människans livssituation har läkarna och sjukvården intagit en mycket viktig plats. En annan orsak ligger i de mycket goda villkor som den medicinhistoriska forskningen fick i England från och med början av 1980-talet genom att en rad specialiserade institutioner inrättades. Dessa finansierades genom anslag från The Wellcome Trust, en stiftelse grundad av läkemedelsfabrikanten Sir Henry Wellcome som var en passionerad samlare av äldre medicinhistorisk litteratur.<sup>1</sup> De fem Wellcome-institutionerna lockade till sig mycket välmeriterade forskare och de har fått betydelse för forskningsområdet långt utanför Englands gränser. Detsamma gäller The Wellcome Library vid Euston Street i London som varit en självklar samlingsplats för yngre forskare inom området.<sup>2</sup> Även om den finansiella basen för den medicinhistoriska forskningen i England försvagats har verksamheten fortfarande stor betydelse för det internationella samarbetet. Ett problem för forskningen inom området är dock att universitetshistoriker och historiskt intresserade läkare många gånger haft svårt att hitta goda former för samverkan och samarbete. Förmodligen är det skillnaderna i vetenskaplig och institutionell

kultur som skapat dessa svårigheter. I grund och botten är nog alla ense om att den medicinska och den historiska sakkunskapen kompletterar varandra när det gäller att skapa en god grund för den medicinhistoriska forskningen.

Även i Sverige har intresset för historiska studier av medicinsk vetenskap, sjukvård, vårdpolitik, yrkeshistoria och annat som rör detta stora område ökat markant. Syftet med den här föreliggande studien är att försöka belysa hur denna forskning utvecklats och förändrats efter 1970 vad gäller forskningens institutionella förankring och vilka frågor och områden som rönt särskild uppmärksamhet. För att få ett någorlunda jämförbart material har jag valt att basera studien på en inventering och genomgång av doktorsavhandlingar som i vid mening behandlar medicinens historia och som presenterats i Sverige från 1970 till och med 2004. (Bilaga 1). Anledningen till att jag valt 1970 som utgångspunkt är att antalet avhandlingar ökar påtagligt efter denna tidpunkt, samt att man kan märka tydliga tecken på en förnyelse av forskningen genom inflytande från näraliggande vetenskapsområden och den samtida internationella diskussionen.

Forskningsområdet som skall bli föremål för studium är således ”svensk medicin-historia” och för att detta skall bli tydligt avgränsat är det nödvändigt att något precisera innebörden i de tre termerna svensk, medicin och historia. Med svensk menar jag i det här sammanhanget helt enkelt avhandlingar som lagts fram vid ett svenskt universitet. Termen medicin är mer komplicerad, inte minst för att det den syftar på är en del av studieobjektet inom forskningsområdet. Jag har dock valt en vid definition och har strävat efter att till området räkna forskning som behandlar medicinsk vetenskap, läkekonst, läkare eller andra vårdanställda, sjukvårdsinstitutioner eller sådana som leds av läkare eller utför medicinska behandlingar. Även vårdpolitik och vårdideologier, hälsoideal och hälsovård eller debatter och verksamheter i övrigt där läkarna som yrkesgrupp eller den medicinska vetenskapen spelat en viktig roll ingår i området.

Inte heller begreppet historia är självklart i det här sammanhanget. Jag har valt att avgränsa den historiska forskningen från andra typer av historiskt författarskap till att det skall handla om studier som redovisar en egen empirisk studie baserad på historiskt primärmaterial och när det gäller så kallad samtidshistoria särskilja denna från samhällsvetenskapen genom att särskilt uppmärksamma hur man hanterar tid och historiskt sammanhang som analytiska redskap eller strukturerande principer. Självfallet leder såväl dessa som alla andra möjliga sätt att definiera begreppen medicin och historia betydande gränsdragningsproblem. Gränsdragningsarna mot historisk

demografi, handikapphistoria, idrottshistoria, socialpolitikens historia och andra näraliggande områden har varit svår, men jag har strävat efter att inkludera sådana studier som på något sätt fokuserar på hälsa och sjukdom, läkare eller annan vårdpersonal, medicinsk vetenskap eller medicinskt orienterad behandlingsverksamhet. Ytterligare ett gränsområde gäller longitudinella studier av kliniska patientuppgifter. Här är det forskningens syfte, som till exempel kan vara att studera effekter av olika behandlingsåtgärder, som gör att dessa som regel inte kan räknas som historievetenskaplig forskning. Självfallet innebär dessa avgränsningar inte någon värdering av olika forskningsinriktningar, utan syftet är att försöka bestämma ett rimligt sammanhållet historievetenskapligt område.

### **Traditioner och perspektiv i internationell forskning**

Karin Johannisson har i artikeln "På jakt efter historiens sjuka" beskrivit den medicinhistoriska forskningen genom en indelning i traditionell, social och kritisk medicinhistoria.<sup>3</sup> Med traditionell menas i det här sammanhanget studier som rör framstående läkare, betydelsefulla upptäckter och stora sjukvårdsinstitutioner. Grundperspektivet är ofta vad som i England brukar kallas "whiggish", vilket betyder ett intresse för de insatser som fick stor betydelse för den fortsatta utveckling och som anknyter till en utvecklings- eller framstegstro. Vetenskapen och dess ledande företrädare ses som drivande krafter bakom samhällets utveckling och motiven är ideella och humanitära. När man talat om social medicinhistoria har detta som regel syftat på en mer samhällsvetenskapligt orienterad forskning som försökt belysa institutionsvårdens utveckling, läkarnas förändrade roller samt hygieniska och hälsopolitiska åtgärder. Grundperspektivet har ofta varit patientorienterat och man har knutit an till debatten om en historia underifrån. Sjuklighetens beroende av sociala levnadsvillkor och de sjukas egna berättelser om sjukdomarna och sjukvården har uppmärksammats. Den kritiska medicinhistorien är nära förbunden med den omfattande kritiken av den medicinska vetenskapen och institutionella vården under 1960- och 1970-talen. Medicinen med sina diagnostiska system och kraftfulla behandlingsmetoder, hälsopolitikens ingripande i människors vardagsliv och sjukvårdens isolering av de sjuka har uppfattats som en form av maktutövning. Den kritiska medicinhistorien har också ifrågasatt den vanliga uppfattningen om medicinens och sjukvårdens betydelse för den ökade livslängden och förbättrade hälsan under 1900-talet och man har istället velat se detta som en följd av den allmänna välfärdsutvecklingen.

Denna indelning av den medicinhistoriska forskningen är mycket användbar för att beskriva utvecklingen från slutet av 1960-talet till mitten av 1980-talet, men kan behöva kompletteras och utvecklas när det gäller att bedöma vad som hänt därefter. Den internationella forskningen om medicinhistoria i allmänhet och den engelska i synnerhet påverkades från och med senare delen av 1960-talet mycket påtagligt av den historiska demografin som hade sitt starkaste fäste i Frankrike. Att man med hjälp av kyrko- och befolkningsregister i detalj kunde kartlägga levnadslängd, dödsorsaker och i viss mån hälsovillkor för stora grupper av befolkningen och under mycket lång tid gav forskningen helt nya förutsättningar. Samtidigt ökade intresset för allmän socialhistoria och vanliga människors levnadsöden framstod som minst lika intressanta som vad som hände på central nivå i samhällets organisation. För den medicinhistoriska forskningen innebar detta att man strävade efter att sätta den sjuke eller patienten i centrum, betonade relationen mellan sjuklighet och materiella livsvillkor och framhöll den förebyggande hälsovårdens betydelse för välfärdssamhällets utveckling. Detta var en viktig bakgrund till bildandet av "Society for the social history of medicine" i England 1970, som genom en serie konferenser försökte samla historiker, socialmedicinare, folkhälsoforskare, antropologer, sociologer och hälsoekonomer.<sup>4</sup> Benämningen "social history of medicine" kom också att användas för att markera att något nytt hade hänt inom forskningsområdet och den bidrog också till att locka fler unga historiker till fältet.

En annan omständighet som påverkat den internationella medicinhistoriska forskningen är inflytandet från och diskussionen kring den franske filosofen Michel Foucaults arbeten. Detta gällde naturligtvis i särskilt stor utsträckning den snabbt växande forskningen om psykiatriens historia, liksom andra vårdformer som var organiserad kring stora institutioner eller innefattade tvångsåtgärder. Tanken att medicinen i allmänhet och psykiatri i synnerhet kunde fungera som ett instrument för social kontroll fick stor spridning och det inte minst som en följd av att några ledande forskare på området var historiskt inriktade sociologer. I början av 1980-talet ifrågasattes dock detta särskilt i USA där bland andra Gerald N. Grob framhöll de kristna och humanitära idealens betydelse för såväl det individuella engagemanget som politiska strävandena för en välutvecklad sjukvård.<sup>5</sup>

Under 1980-talet började man dock kunna höra en del röster som menade att det var lite missvisande att kalla den nya medicinhistoriska forskningen för "social history of medicine". Var inte en väsentlig del av verksamheten snarare en form av medicinsk kulturhistoria? Även om termer som "social" och "kultur" inte kan ges en exakt innebörd

så bör man nog se denna diskussion som en följd av den allmänna utvecklingen inom det humanistiska och samhällsvetenskapliga området. Den så kallade språkliga vändningen, teorin om sociala konstruktioner och intresset för diskursanalys pekade i samma riktning, en slags kulturalisering av historieforskningen. Eller annorlunda uttryckt, historieforskningen hämtade allt mer inspiration från kulturvetenskaper som socialantropologi och etnologi och mindre från samhällsvetenskaper som sociologi och demografi. Men viktiga delar av området var även fortsättningsvis tydligt förankrat i den historiska demografin och samhällsvetenskaplig metodik, så något enkelt namnbyte kunde det inte bli fråga om. I några fall talade man om "social and cultural history of medicine", men någon tydlig konsensus om hur de båda nyckelorden social och kulturell kan och bör användas finns inte.<sup>6</sup>

Ett intressant, men lång ifrån tydligt, spår i diskussionen om vilken väg den medicin-historiska forskningen skulle ta utgick från en artikel av den amerikanske historikern Charles Rosenberg om "framing diseases".<sup>7</sup> Termen "frame" kan närmast översättas med ram eller ramverk och när Rosenberg talar om "framing disease" förefaller han mena att en sjukdom blir till som en medicinskt identifierbar enhet genom att man definierar dess gränser mot andra sjukdomar eller symptomkomplex. Därmed kan man även se hur en viss sjukdom kan förstås kontextuellt genom att sätta den i relation till andra sjukdomar eller förhållanden som ligger utanför ramen. "Framing" som intellektuell process är således ett sätt att göra såväl den begreppsliga innebörden som dess referens tydligare. I all kunskapsbildning är skapandet av gränser mellan enheter, eller annorlunda uttryckt ett framhållande av vad som skiljer två företeelser från varandra, av grundläggande betydelse. Utan detta särskiljande skulle vår bild av världen vara helt kaotisk. Medicinhistorien kan därmed beskrivas som en process i vilken man tillskapar rimligt avgränsade sjukdomar som på bästa sätt överensstämmer med empiriska iakttagelser och kan placeras i ett logiskt eller vetenskapligt sammanhang. En rimlig tolkning av Rosenbergs ambition förefaller vara att han försökte hitta en kompromiss mellan ett kulturvetenskapligt och konstruktivistiskt synsätt och ett mer socialvetenskapligt och realistiskt sådant. I den efterföljande diskussionen har också tanken att ett kulturhistoriskt och ett socialhistoriskt arbetssätt mycket väl kan förenas och även kompletterar varandra vunnit anklag hos de flesta forskare inom området. Det är av ett särskilt intresse att notera den mest inflytelserike medicinhistorikern på den internationella scenen, londonprofessorn och dessvärre tidigt bortgångne Roy Porter, valde att ställa sig utanför den teoretiska debatten och hans böcker innehåller mycket sällan metodologiska resonemang vid sidan av kommentarer om det använda källmaterialet.

Ett intressant exempel på hur begreppet ramverk kan användas ges av Roger Cooter när han hävdar att även begreppet medicin med fördel kan analyseras utifrån dessa utgångspunkter.<sup>8</sup> Med en viss elaborering av Cooters resonemang kan man säga att den moderna medicinen och därmed medicinhistorien brottas med problemet att gränserna för vad som menas med medicin är stadda i förändring. Viktiga delar av den medicinska forskningen genomförs idag av mikrobiologer och biokemister utan läkarutbildning, samtidigt som den kliniska forskningens tillförlitlighet ifrågasatts genom offentlig debatt och framväxten av social- och beteendevetenskaplig forskning om hälso- och sjukdomstillstånd. Sjukvården och då särskilt primärvården utmanas allt tydligare av företrädare för mer eller mindre erkända alternativa eller komplementära behandlingsmetoder och välinformerade patienter väljer och vrakar i det växande utbudet. De medicinska myndigheternas hälsoinformation har fått konkurrens från ideella hälsorörelser och den kommersiella lanseringen av mängder med påstått hälsobringande preparat. Denna komplexa bild av vad medicin är för något har fått stora återverkningar även på den historiska forskningen som kommit att inrymma studier av sociala rörelser, kommersiella strävanden och massmediala representationer av hälsa, sjukdom, skönhet och kroppsideal.

Debatten om och utvecklingen inom det medicinshistoriska området var således på 1960- och 70-talen starkt påverkad av utvecklingen inom demografi, sociologi och delvis även andra samhällsvetenskaper.<sup>9</sup> Under det följande decenniet kan man se ett lika viktigt inflytande från "the linguistic turn", den sociala konstruktivismen och det mer allmänna intresset för kulturforskning.<sup>10</sup> Om man på samma sätt skall försöka spåra medicinshistoriens och den teoretiska debattens källor under 1990- och början av 2000-talet så måste det handla om det kraftigt ökande intresset för att använda olika typer av bilder och materiella föremål som källor eller betydelsebärande representationer. Den tidigare nämnde Roy Porter beskriver i inledningen till *Bodies Politic* från 2001 på ett nästan rörande sätt hur han helt plötsligt upptäckte att han i sin yrkesverksamhet som historiker aldrig tidigare tänkt på att man kunde arbeta med bilder som material eller belegg.<sup>11</sup> När det gäller intresset för den medicinska materiella kulturen så har detta medfört att man på nytt börjat uppmärksamma betydelsen av instrument och annan teknisk utrustning, sjukhusbyggnader, yrkessymboler och klädedräkter, men då som kulturella artefakter med såväl symbolisk som praktisk betydelse. Gemensamt för dessa båda forskningsinriktningar är att de i väsentlig utsträckning handlar om medicinens och sjukvårdens publika sida, det vill säga sådant som människor i allmänhet likaväl som läkare och patienter möter och iakttar. Ofta



söker man också i denna forskning sitt material i vitt spridda tidningar och tidskrifter, i offentliga utställningslokaler och i de fysiska miljöer som inramar sjukvården och den medicinska vetenskapen.<sup>12</sup>

Det mycket omfattande bibliografiska och historiografiska tvåbandsverket *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* från 1993 ger dock en bild av ett forskningsläge som präglas av att de mer principiella frågorna tillskrivits mindre betydelse och istället är det en ambitiös bredd som syftar till att skriva historien om alla sjukdomstyper, behandlingsmetoder och yrkesgrupper. Än mer encyklopedisk till sin karaktär är *The Cambridge World History of Human Diseases* från samma år.<sup>13</sup> Helt andra utmaningar ställdes dock författarna till *Companion to Medicine in the Twentieth Century* från 2000 inför. Här var det uppenbarligen svårt eller mindre lämpligt att använda ämnesområde och kronologi som strukturerande principer, vilket dominerat i äldre översiktsverk. Istället valde man de mer analytiska begreppen makt, kropp och erfarenhet, som anknyter till aktuella forskningsfrågor, när man skulle presentera den omfattande men samtidigt lite tentativa forskningen som rör 1900-talets medicin-historia. Periodindelning och tematisering är alltid svårare när man närmar sig den egna samtiden.<sup>14</sup>

En historiker bör alltid vara försiktig när det gäller att sia om framtiden, även om det är lockande att extrapolera de trender man tycker sig se i det närmast förflutna. Det förefaller dock rimligt att anta att den situation som i skrivande stund, hösten 2005, verkar genomsyra den internationella medicinhistoriska forskningen kommer att vara bestående även under några år framöver. Enligt min mening utmärks den samtida forskningsdebatten av en viss trötthet inför allt för tydliga teoretiska positioneringar. Det är snarast i blandningen av perspektiv och mångfalden av forskningsinriktningar de flesta verkar se en väg ut ur de ibland fruktlösa försöken att knyta an till pågående diskussioner om den mänskliga kunskapens och vetenskapens grundläggande förutsättningar och problem. Man kan kanske rent av tala om en tendens till att återvända till en mer renodlad empirisk källforskning, en slags back to basic-trend bland yngre forskare som reaktion på flera decennier av teori- och metoddebatt. Förhoppningsvis har man dock lärt sig något av allt detta som hänt och kan närma sig de empiriska forskningsuppgifterna med något klarare glasögon och lite mer skärpta analysredskap än tidigare.

### **När, var, hur? En kvantitativ analys**

Förteckningen över svenska medicinhistoriska avhandlingar i bilaga 1 baseras på en inventering av min privata boksamling, kompletterande sökningar i Libris samt muntlig information från kollegor. Då några officiella register över avhandlingar inte finns kan jag inte garantera att listan är komplett. I ett tiotal fall har jag även varit tveksam till om en avhandling motsvarar de kriterier som angivits. En annan bedömare hade kanske valt bort några av avhandlingarna i listan och placerat andra i deras ställe. Avhandlingarnas ämnestillhörighet har bestämts med hjälp av uppgifter på bokens omslag samt i författarens förord. När avhandlingar ges ut på förlag är det ofta svårare att med hjälp av uppgifter i boken avgöra att det rör sig om en avhandling och var den har presenterats. Uppgifterna om ort avser det universitet där disputationen ägde rum. Årtalet har hämtats från bokens uppgift om tryckår. I några fall har disputationen ägt rum i början av året därpå, men då de så kallade spikningsbladen sällan finns med kan detta inte avgöras på något enkelt sätt. Om någon avhandlingsförfattare saknar sitt eget namn i listan eller någon anser sig ha blivit klassificerad på ett felaktigt sätt så ber jag på förhand om ursäkt för detta. De angivna svårigheterna att bestämma den korpus som studien avser kan kanske få tjäna som förklaring till de tillkortakommanden som finns i förteckningen över avhandlingar.

I det följande redovisas några enkla kvantitativa bedömningar av de aktuella 90 doktorsavhandlingarna. Den första tabellen rör under vilket av de aktuella decennierna som avhandlingarna presenterats och inte förvånande visar det sig att det skett en markant ökning över tid. I runda tal har antalet disputationer inom området fördubblats för varje decennium. En förklaring till detta är naturligtvis den allmänna expansionen av forskarutbildningen i landet. En annan att det medicinhistoriska området ligger nära det bredare forskningsfält som rör välfärdssamhällets historia, som rönt betydande uppmärksamhet inom såväl den akademiska forskningen som den allmänna debatten mot slutet av 1900-talet. Historieforskningen är sällan isolerad från vad som händer i samhället och den politiska debatten. Det finns dock skäl att tro att antalet disputationer inte kommer att öka i samma snabba takt framöver, framförallt beroende på att antalet nyantagna doktorander i de mest berörda ämnena minskat kraftigt på grund av de finansiella problem som drabbat det svenska forskarsamhället i allmänhet och forskarutbildningarna i synnerhet.

**TABELL 1**

Medicinhistoriska doktorsavhandlingar 1970-2004

<b>Utgivningsdecennium</b>	
1970–79	6
1980–89	16
1990–99	36
2000–04	32

En annan fråga som enkelt kan belysas är om forskningen är koncentrerad till vissa universitet eller jämnt sprid över landets olika lärosäten. (Tabell 2). Att Uppsala och Stockholm har haft flest disputationer beror förmodligen på en kombination av storleken på dessa universitet samt den rika tillgången på arkiv och bibliotek med stora samlingar av relevans för denna typ av forskning. Umeå och Linköping måste sägas vara överrepresenterade om man ser till storleken på dessa universitet i allmänhet och den humanistiska forskningen i synnerhet. Förklaringen skall nog sökas i att forskningsverksamheten vid dessa båda universitet byggdes upp samtidigt som intresset för området ökade såväl i internationella sammanhang som i den allmänna debatten. Dessutom har båda dessa universitet inrättat särskilda enheter inom det aktuella forskningsområdet, framförallt Avdelningen för historisk demografi och den Demografiska databasen i Umeå samt Tema Hälsa och samhälle i Linköping.

**TABELL 2**

Medicinhistoriska doktorsavhandlingar 1970-2004

<b>Universitetsorter</b>	
Uppsala	21
Stockholm	18
Umeå	14
Linköping	14
Göteborg	11
Lund	9
Örebro	2
Växjö	1

I likhet med de flesta historiker och kulturforskare har unga svenska medicinhistoriker i mycket stor utsträckning valt att syssla med svensk historia och publicera sina avhandlingar på svenska. (Tabell 3). Endast inom det historisk-demografiska området dominerar engelskan som avhandlingsspråk. En orsak till detta är att ett komparativt arbetssätt är vanligt bland demografer, men framförallt beror det på att det svenska

befolkningshistoriska materialet har en sådan kvalitet att det internationella intresset för svensk forskning är särskilt stort när det gäller demografiska studier. För de flesta andra väger uppenbarligen fördelarna med att skriva på svenska över. De vanligaste argumenten för detta är att det är svårt att översätta citat och att det medför tolkningsproblem när säregna och tidsbundna ord och uttryck skall förmedlas på modern engelska. Ett annat argument är traditionen bland humanister att skriva för en allmän publik och samarbeta med kommersiella förlag. Trots de politiska kraven på internationalisering vill många unga forskare uppenbarligen hålla fast vid traditionen att skriva på svenska, även om det också blivit vanligare att man publicerar uppsatser och sammanfattande analyser i internationella tidskrifter och antologier. Valet av geografiskt studieområde är som regel styrt av att man av praktiska och ekonomiska skäl behöver ha sitt källmaterial på rimligt avstånd från respektive universitetsort. Det gamla argumentet att ”om inte svenska historiker skriver om svensk historia vem skall då göra det” har även det fortsatt giltighet.

### TABELL 3

Medicinhistoriska doktorsavhandlingar 1970-2004

#### Språk

Svenska	80
Engelska	9
Tyska	1

#### Geografiskt studieobjekt

Sverige	81
Europa	6
Komparation	3

När det gäller vilka akademiska discipliner som fungerar som utgångspunkt för den medicinhistoriska forskningen så är det inte ägnat att förvåna att historia och idéhistoria intar en tät position tillsammans med den tvärvetenskapliga verksamheten i Linköping. (Tabell 4). Mer intressant är då att så många sociologer och pedagoger lockats till fältet. När det gäller sociologin förefaller detta vara tydligt relaterat till det internationella forskningsintresset för vård och medicin som instrument för social kontroll och institutionsvårdens sätt att skapa sociala normsystem. Hälsoupplýsningen och det preventiva arbetet kan ses som delar av ett större pedagogiskt projekt eller en social fostran och är därmed en angelägenhet för pedagoger. Att ämnet medicinhistoria har en svag ställning inom de medicinska fakulteterna

och högskolorna är välkänt och det bekräftas av att endast sex historiskt inriktade avhandlingar lagts fram under de aktuella trettiofem åren.

Det är inte alldeles enkelt att se hur ämnestillhörigheten har påverkat forskningsarbetet. De socialhistoriska och demografiska områdena skiljer sig från övrig forskning genom användningen av kvantitativa metoder och ibland avancerade statistiska analyser, vilket naturligtvis beror på materialets karaktär. De traditionella skillnaderna mellan historiker och idéhistoriker förefaller dock vara av mindre betydelse när det gäller medicinhistoria och flera av de sociologiska och pedagogiska, liksom de båda teologiska, avhandlingarna ligger nära den idéhistoriska forskningstraditionen. Man skulle kunna tro att samhällsvetare skulle vara mer benägna att syssla med nutids- eller samtidshistoria, men omkring hälften av de samhällsvetenskapliga avhandlingarna rör tiden före andra världskriget. Inte heller när det gäller de avhandlingar som presenterats vid medicinsk fakultet kan man se någon markant skillnad när det gäller inriktning eller forskningsmetodik. En empiriskt förankrad historisk berättelse förefaller vara en gemensam nämnare. Endast en av dessa avhandlingar är en sammanläggningsavhandling, vilket annars är det vanliga vid de medicinska fakulteterna.

#### TABELL 4

Medicinhistoriska doktorsavhandlingar 1970–2004

##### Fördelning på discipliner

Historia, historisk demografi	25
Tema i Linköping	14
Idéhistoria, lärdomshistoria	11
Sociologi	11
Pedagogik, Lärarhögskolor	9
Medicinsk fakultet	6
Vårdvetenskap	4
Ekonomisk historia	3
Etnologi	3
Teologi	2
Statsvetenskap	2

Att den medicinhistoriska forskningen varit särskilt fokuserad på decennierna kring det förra sekelskiftet följer den allmänna tendensen under dessa decennier. (Tabell 5). Moderniseringsprocessen, den moderna vetenskapens inflytande på samhällslivet och välfärdssamhällets framväxt är några av de områden som uppenbarligen lockat många historiker. Att ett relativt stort antal avhandlingar inte gått att klassificera när det

gäller val av undersökningsperiod beror på att de har ett långt tidsperspektiv och rör flera av de angivna perioderna.

### TABELL 5

Medicinhistoriska doktorsavhandlingar 1970–2004

#### Behandlad tidsperiod

Före 1800	3
1800–1870	15
1870–1920	27
1920–60	17
1960–	7
Ej kategoriserade	21

### Historiografiska problem

När det gäller de mer innehållsmässiga aspekterna på denna grupp av avhandlingar måste det konstateras att det inte finns något självklart sätt att beskriva eller strukturera ett forskningsområde som medicinhistoria. Institutionella eller ämnesmässiga förutsättningar, mer eller mindre väl formulerade frågeställningar, författarens intresse för och beläsenhet i den mer teoretiska litteraturen, tillgången på relevant empiriskt material, personliga motiv och det omgivande samhällets förväntningar är några av de faktorer som avgör det vetenskapliga arbetets inriktning. Man måste också räkna med att den enskilde författaren inte alltid själv kan redogöra för motiven bakom eller orsakerna till att en studie strukturerats och orienterats på det ena och inte det andra sättet. Även om kraven på en distanserad självreflexion utan tvekan har ökat framstår inledningsskapitlens positionsbestämningar ofta som en slags avhandlingsretorik som syftar till att i efterhand ge det man faktiskt gjort trovärdighet och legitimitet. Det förekommer också att forskare beskriver sitt arbetsätt och sina teoretiska utgångspunkter på ett sätt, medan man som läsare bedömer den faktiskt genomförda undersökningen helt eller delvis annorlunda. Framförallt förefaller aktuella frågor och ståndpunkter kring teoretiska och metodiska frågor betydligt snabbare sätta sin prägel på inledningsskapitlens positionsbestämningar än på det empiriska forskningsarbetet.

För undvikande av missförstånd vill jag påpeka att syftet med och arbetssättet bakom denna artikel är att försöka redovisa en samlad bedömning av de studerade avhandlingarna som en vetenskaplig genre eller forskningstradition. Jag har medvetet avstått från att ge konkreta exempel från eller referenser till enskilda avhandlingar

och jag är väl medveten om att till vart och ett av mina generella omdömen finns flera undantag. Men inte heller när undantagen apostroferas ger jag direkta referenser. Allt för att undvika en diskussion om hur en enskild forskningsinsats skall bedömas. Många av de aktuella avhandlingarna har en mångfasetterad sammansättning och hör inte i sin helhet hemma i någon av de olika typer av kategorier som jag kommer att använda mig av i det följande. Om varje avhandling skulle ges fullständig rättvisa skulle det krävas utförliga referat och ingående diskussion av vart och ett av arbetena, men mitt syfte är försöka se tendenser och traditioner i hela forskningsområdet. Det finns dock anledning att återkomma med mer ingående och detaljerade analyser av vissa områden och problem inom forskningsfältet, inte minst för att kunna diskutera de resultat som uppnåtts. Frågor, metoder och teorier är trots allt främst redskap i forskningsarbetet, det är produktionen av ny kunskap som bör stå i centrum för intresset.

Jag har självfallet läst alla de aktuella avhandlingarna och i de flesta fall har detta skett i nära anslutning till att de publicerades. Mitt intresse för svensk medicinhistoria väcktes omkring 1975 och den studerade perioden sammanfaller således i stort sett med min egen tid som doktorand, forskare och handledare. Att min egen avhandling finns med i underlaget för studien och att jag i egenskap av handledare, fakultetsopponent eller betygsnämndsledamot varit direkt inblandad i tillkomsten eller godkännandet av en femtedel av de övriga avhandlingarna hoppas jag inte har påverkat min förmåga att bedöma området. Men en helt oberoende eller utanförstående forskare skulle kanske ge en annorlunda bild av den svenska medicinhistorien än den jag kommer att presentera.

### **Forskningsområden**

Hur det går till när en doktorand väljer sitt ämne är en fråga som i allt för liten utsträckning har blivit föremål för systematiska studier. För några generationer sedan var det vanligt att man tilldelades ett ämne som professorn gärna ville skulle bli undersökt, men kraven på originalitet har medfört att det blivit vanligare att doktoranden själv utvecklar och motiverar sitt ämne. Detta innebär att ämnesvalen får stor betydelse för att bedöma vad det är för frågor som engagerar en viss generation av forskare, medan det äldre systemet var mer traditionsbevarande. Det finns dock en risk att den äldre generationens styrning av avhandlingsämnen kommer att öka på nytt som en följd av de förändrade villkoren när det gäller finansieringen av forskarutbildningen.

Trots denna relativa självständighet i valen av forskningsuppgifter är det ändå påtagligt att det är förhållandevis traditionella områden som vetenskaps- eller lärdoms historia, respektive yrkes- och professions historia som attraherat flest avhandlingsskribenter. Men dessa områden har samtidigt genomgått stora förändringar och påverkats på ett påtagligt sätt av den mer teoretiskt inriktade internationella debatten. Att psykiatrins och den psykiatriska sjukvårdens historia lockat en stor grupp doktorander hänger rimligen samman med den intensiva debatten om såväl psykiatrins vetenskapliga bas som verksamheten på de stora institutionerna som pågått under den aktuella tidsperioden. Ett annat skäl är de psykiska sjukdomarnas speciella karaktär av ett slags mänsklighetens eviga gissel, som gäckat de flesta behandlingsförsök. Detsamma kan sägas om epidemiernas historia och då de epidemiska sjukdomarna har stora mänskliga och samhällsliga konsekvenser är detta ett forskningsområde som väcker stor uppmärksamhet. Ytterligare ett område som intresserat många forskare är vad som skulle kunna kallas ”medicinen i samhället”; förebyggande åtgärder, sociala problem, missbruk med mera är sådana samhällsfrågor som i olika sammanhang kommit att integreras i den medicinska verksamheten och läkarnas ansvarsområde. Att frågor som rör reproduktion och befolkningspolitik, spädbarnsdödlighet och barnhälsovård rönt stort intresse är rimligen också beroende av den ständiga samhällsliga betydelsen och mänskliga relevansen av dessa.

### **Centrala begrepp**

Ett annat sätt att beskriva den medicinhistoriska forskningens inriktning är att uppmärksamma de centrala begrepp som bygger upp de historiska framställningarna. Detta är dock inte helt enkelt eftersom begreppsanvändningen kan vara ett empiriskt studieobjekt samtidigt som samma begrepp är analytiska redskap eller används för att strukturera framställningen. Hälsa, sjukdom, medicin, vård, läkekonst, behandling, vetenskap, yrke är alla exempel på sådana begrepp som både blir föremål för studium och används analytiskt. Men i dessa fall dominerar en historievetenskaplig användning av dessa begrepp så att man strävar efter att ge dem den innebörd de hade i den tid som skildras. Viss förvirring kan dock uppkomma när man använder ett historiskt språkbruk där termerna ifråga har fått en helt eller delvis annorlunda innebörd eller känslomässig laddning. Inte minst inom det psykiatriska området har detta varit ett problem, där man ofta valt att använda sentida termer som patienter och intagna istället för historiskt mer korrekta som dårar, idioter och psykopater.



Kvacksalveri är ett annat begrepp som visat sig svårt att använda eftersom det i sin innebörd inkluderar en syn på och ett förhållningssätt till den verksamhet som åsyftas. Mer sentida termer som alternativmedicin eller komplementärmedicin kan dock inte heller användas i ett historiskt sammanhang eftersom de förbinds med ett annorlunda förhållningssätt. Vanligen löser man problemet genom att använda sig av förklarande omskrivningar kring de använda begreppen och historiska termerna. Men detta löser inte det historievetenskapliga problemet att avgränsningen eller bestämningen av ett område är beroende av såväl en historisk som en nutida språk-användning. Hur skriver man medicinens historia när innebörden av såväl begreppet som termen medicin har förändrats och när denna förändringsprocess tillhör det som skall skildras och förklaras? Och hur utformar och avgränsar man en historisk studie av smittsamma sjukdomar, när innebörden av ”smitta” är det centrala vetenskapliga problemet? Studieobjektet och de analytiska redskapen tenderar att glida samman och detta är något ganska utmärkande för all form av kulturhistorisk forskning.

### **Utgångspunkter och forskningsinriktningar**

Ett utmärkande drag i merparten av de aktuella avhandlingarna är att de är inspirerade av den samtida teoretiska och metodologiska debatten inom de humanistiska och samhällsvetenskapliga områdena i stort, men att de som regel inte är tydligt positionerade. Internationell forskning och teoretisk debatt förefaller tjäna som utgångspunkter vid val av empiriska studieobjekt, men har mindre ofta direkt betydelse för tolkningen av materialen och avhandlingarnas slutsatser. Men trots denna något pragmatiska eller rent av eklektiska hållning är det möjligt att åtminstone skissartat skildra hur forskningsarbetet förhåller sig till mer generella inslag och trender i såväl internationell som svensk forskning. Med en viss förenkling kan man särskilja ett antal huvudinriktningar och några perspektiv som är under utveckling.

*Empiriskt-berättande medicinhistoria.* Nästan alla historiska framställningar innehåller i större eller mindre grad berättelser som baseras på ett återgivande av innehållet i källmaterialet. Enskilda personers verksamhet, betydelsefulla händelser, tillkomsten av vissa vårdinrättningar och liknande skildras med hjälp av utförliga referat av relevant källmaterial och syftet är främst att presentera detta för en sentida läsekrets. Ofta tjänar ett sådant arbetssätt som en bas för den empiriska framställningen, även om man har ambitionen att göra mer avancerade analyser och tolkningar. I mer vardagsspråkliga sammanhang är det vanligen sådana källbaserade berättelser som

åsyftas med termen historia och det finns inte någon självklar vetenskaplig term för denna genre inom historieforskningen.

*Demografi och socialhistoria.* Att intresset för historisk demografi fick stor betydelse för den medicinhistoriska forskningen har redan påpekats. Uppgifter om födelsetal, spädbarnsdödlighet, livslängd och dödsorsaker har använts för att skildra grundläggande förändringar i befolkningens sammansättning, vilket har haft stor betydelse för socialhistoriska skildringar av förändrade levnadsvillkor och lokalsamhällets sätt att hantera hygieniska problem och epidemier. I den här typen av forskning tjänar således det medicinska materialet som en källa för att studera sociala och samhällliga frågor. De källkritiska problem man därvidlag ställts inför har varit betydande, inte minst på grund av att journaler, dödsattester och liknande kommit till i ett annat syfte.

*Diskursstudier.* I motsatt riktning har de historiker gått som inspirerats av den breda diskussionen om diskursanalys och konstruktivism. Man väljer här som regel att arbeta med tryckta texter av central betydelse inom området. Grundtanken är att skildra hur tänke- och arbetssätt inom medicinen och sjukvården formar och formas av kategoriseringar, klassificeringar, vetenskapsideal och vårdideologier som bestämmer ramarna och förutsättningarna för såväl den intellektuella som den praktiska verksamheten. Att jag här talar om diskursstudier och inte om diskursanalys beror på att det är ovanligt att medicinhistoriker använder sig av de mer formella arbetssätten inom någon av de diskursanalytiska traditionerna, utan snarare låtit sig inspireras av dessa när det gäller principerna för sitt materialval och sina tolkningsramar.

*Modernisering och professionalisering.* Genom att en så stor del av den aktuella forskningen rör tiden från mitten av 1800-talet till mitten av 1900-talet är det ganska självklart att frågor om den medicinska vetenskapens och sjukvårdens roll i den så kallade moderniseringsprocessen blivit betydelsefull. Medicinens och läkarnas inflytande i samhället brukar till och med tillskrivas en central betydelse, inte minst på det symboliska planet i denna process. När kunskaperna om människan drogs in i ett naturvetenskapligt sammanhang och när man trodde sig kunna styra samhället med hjälp av de nya människovetenskaperna var detta starka argument för hela tanken på modernisering. Att detta arbete skulle ledas av professionellt utbildade och organiserade grupper av experter var givet och detta skapade såväl möjligheter som en ökad

konkurrens för de nya yrkesgrupper som strävade efter en professionell ställning. Den medicinhistoriska forskningen kring modernisering och professionalisering har därmed betydelse långt utöver detta specifika område.

*Genus och kropp.* Ett fjärde delområde utgörs av den medicinhistoriska forskning som inspirerats av den vetenskapliga och politiska debatten om kön, genus och medicin. Forskningsfältet är dock komplext och har genomgått en del förändringar under den aktuella tidsperioden; från kvinnohistoria till genusvetenskap och från sexualpolitik till kroppsföreställningar. Inte minst har den allt vidare användningen av kroppsbegreppet inneburit en förskjutning från det medicinska till det kulturvetenskapliga området när det gäller skildringen av kroppsideal, hälsoföreställningar och sjukdomarnas betydelse. När man uppmärksammat den medicinska kunskapen och behandlingsmetoderna som en form av maktutövning har genusperspektivet inom detta liksom många andra områden ersatt eller kompletterat klassbegreppet.

*Medicinsk kulturhistoria – Visuellt och materiell kultur.* I internationell forskning har sedan början av 1990-talet studier som förenar historievetenskaplig och kulturvetenskaplig metodik hamnat i fokus. Ett av de utmärkande dragen i detta forskningsintresse har varit en vidgning av det empiriska materialet så att även bilder av skilda slag och artefakter på nytt integrerats i den annars så textorienterade forskningen. I amerikansk debatt kom detta område under 1990-talet att kallas för "new cultural history" och i Sverige har termen kulturhistoria givits en delvis ny innebörd i syfte att inrymma ett något obestämt gränsland mellan historisk och kulturvetenskaplig forskning. För medicinhistoriens del har detta bland annat resulterat i ett intresse för artefakter och tekniker, men också för mediala representationer, utställningar, medicinsk reklam med mera som kan belysa medicinens publika sida. Även platser, rumsliga miljöer och design kan tänkas ingå i ett sådant kulturhistoriskt område, vilket medför att man även knyter an till äldre innebörder av denna term.

*Politik och marknad.* Ett sista exempel på ett område som förefaller vara i växande gäller studier av hur den omfattande och komplexa samhällsorganisation som finns kring hälso- och sjukvården kommit att formas genom ett samspel mellan politiska aktörer, patientorganisationer samt professionella och kommersiella intressen. Än så länge dominerar detta område av forskare med samhällsvetenskaplig bakgrund, men det förefaller rimligt att anta att forskningen kommer att breddas inte minst som en följd

av den allt tydligare marknadsorienteringen av såväl den medicinska vetenskapen som sjukvården.

Självfallet innefattar dessa sju områden inte alla typer av forskning som finns representerad i den bilagda förteckningen. De rubriker som angivits visar också tydligt att indelningen inte följer en konsekvent analytisk princip. En närmare precisering av forskningens inriktning kväver också en mer detaljerad bedömning av de enskilda avhandlingarna, som det inte finns utrymme för i det här sammanhanget. Det finns förhoppningsvis anledning och tillfälle att återkomma med mer fokuserade studier och översikter av enskilda forskningsfält.

### **Betydelse och relevans**

I samband med att den humanistiska forskningen inordnas i samma typ av värderings- och finansieringssystem som gäller för andra forskningsområden ställs allt oftare frågor om arbetets och resultatens betydelse och relevans för samhället. Även om det är långt ifrån klart vad som skall menas med detta finns det ändå anledning att ta dessa frågor på allvar. Vilken betydelse har då den här aktuella medicinhistoriska forskningen haft för historieforskningen och historiekunskapen, för hälso- och sjukvården och för den allmänna debatten om hälsofrågor, medicinsk vetenskap och vårdpolitik? Om vi börjar med medicinhistoriens betydelse för historieforskningen så kan det knappast råda någon tvekan om att forskningsarbetet har bidragit till att samarbetet mellan historiskt inriktade forskare från skilda discipliner har ökat. En del forskningsresultat har också haft betydelse utanför historikernas skrå. De studier som påvisat att det i allmänhet finns ett betydande tidsavstånd mellan en vetenskaplig upptäckt och en klinisk eller social tillämpning av den nya kunskapen har bekräftat resultat inom näraliggande områden som till exempel teknikhistoria. Föreställningen om en skarp och tydlig konflikt mellan vad som brukar kallas skolmedicin respektive kvacksalveri har också nyanserats på ett påtagligt sätt. Och bilden av läkaren som en allvetande, auktoritativ och karismatisk man har allt tydligare kommit att förknippas med en relativt kort period i medicinens historia kring första halvan av 1900-talet. Kunskapen om sjukdomspanoramats förändringar och att innebörden av själva begreppet sjuk påverkas av det historiska sammanhanget har också ökat, åtminstone om man skall döma av den allmänna samhällsdebatten.

Men inom många områden har forskningen haft påtagligt svårt att nå fram på ett sådant sätt att man verkligen kunnat påverka föreställningarna om sjukdomarnas,

medicinens och vårdens historia. De många små medicinhistoriska museerna har haft anmärkningsvärt svårt att ta till sig den kunskap som finns bland forskare och förmedlar dessvärre ofta föråldrade och ibland rent av felaktiga uppgifter. Detsamma gäller den populärhistoriska litteraturen och artiklar i populärvetenskapliga tidskrifter. Berättelser om att det var läkekunniga kvinnor som brändes som häxor på 1600-talet, att 1800-talets sinnesjuka tvingades bada med ålar eller lurades att gå över dolda falluckor och att alla mellankrigstidens steriliseringsoperationer utfördes av rasbiologiska skäl är några sådana schabloner som förefaller lika omöjliga att nyansera som den välkända myten om att man i det gamla bondesamhället levde i storfamiljer. Föreställningen om läkaryrket som den idealtypiska professionen har också levt kvar, inte minst bland professionsforskare, trots att flera studier visat att läkarkårens väg mot den ställning man hade vid mitten av 1900-talet var kantad av stora svårigheter.

Någon direkt påverkan på den medicinska forskningen och det sätt på vilket hälso- och sjukvården är organiserad är det svårt att finna belägg för. Medicinens och vårdforskningens vetenskapsteoretiska problem har belysts i flera historiska arbeten på ett sätt som måste sägas vara direkt relevant för dagens diskussion. Detsamma gäller det komplexa samspelet mellan hälsoupplýsning och samtida uppfostrings- och moralläror. Relationen mellan vissa typer av socialmedicinsk och psykiatrisk forskning och behandlingsverksamhet och allmänna sociala och kulturella idéströmningar är ett tredje exempel där historiska lärdomar finns att hämta. Slutligen skall nämnas de intellektuella processer som leder fram till diagnostiska kategorier och sjukdomsklassifikationer där man i vår egen tid brottas med likartade problem som utmärkt dessa områden i århundraden.

När det slutligen gäller den medicinhistoriska forskningens betydelse för den allmänna kulturdebatten så är måste bedömningen dock bli mer positiv. Det finns uppenbarligen ett stort publikt intresse för studier av sjukdomarnas, medicinens och hälsovårdens historia och det är vanligt att avhandlingar inom området recenseras i dagspress och att resultaten förmedlas genom radio- och i vissa fall teveprogram. Det allmänmänniska i frågor som rör hälsa och sjukdom, liksom sjukvårdens centrala ställning i föreställningarna om vad ett välfärdssamhälle är för något kan vara rimliga förklaringar till detta intresse.

### **Framtida forskningsmöjligheter**

I alla försök att beskriva ett forskningsområde bör ingå en bedömning av vad det är vi inte vet, vilka områden som blivit försummade och vilka potentialer som finns. Det är

rimligt att utgå ifrån att man inom alla kunskapsområden bara känner till en mindre del av allt det som det är möjligt att veta. Mängder med historiskt källmaterial har aldrig blivit föremål för systematiska studier, nya frågeställningar kan kräva att man bearbetar samma material om och om igen och helt nya områden kan öppna sig om man vågar titta lite bortom de vanliga och till synes självklara ämnesgränserna. Att försöka orientera sig i och skapa farkoster för att kunna ge sig ut på den ocean av okunnighet som omger vetenskapens välkända ö är den svåraste men samtidigt den mest angelägna uppgiften för forskarsamhället.

Bilden av historien är också en del av ett samhälles självuppfattning och de enskilda människornas identitet och därför måste varje ny generation bearbeta och skriva om densamma. Historieforskningen är kanske rent av ett slags kollektivt sisyfosarbete. Att veta när det är dags att släppa stenen och låta den rulla tillbaka nedför sluttningen är dock en närmast övermänsklig uppgift och historiker väljer liksom de flesta andra att hålla fast vid det välkända så länge det är möjligt. Därför måste varje ny generation av historiker även axla den på en gång svåra och lustfyllda uppgiften att riva ned en del av det som de äldre kollegorna byggt upp.

Varje förslag till ny forskning tenderar att i praktiken utformas som ett önskemål om en vidareutveckling av det som just nu pågår, men detta är inget skäl för att avstå från att diskutera saken. Min personliga uppfattning är att medicinhistoriker står inför en stor utmaning när det gäller att studera det sena 1900-talets snabba utveckling inom den biomedicinska forskningen. Förutsättningarna för denna forskning skiljer sig markant från äldre tiders vetenskapliga arbete, bland annat genom att den i stor utsträckning drivs av andra än läkare, att den är organiserad i internationella nätverk och att forskningsrapporterna är utformade på ett sådant sätt att historiker som regel är hänvisade till mer populariserade framställningar. Den vetenskapshistoriska forskningen tvingas därför till mer okonventionella arbetssätt; studier av forskningspolitiken och forskningens institutionella förutsättningar samt intervjuer av ledande forskare är några möjliga vägar att gå, liksom studier av implementering av forskningsresultaten. Även dokumentationen av den globalt organiserade forskningen är problematisk, inte minst på grund av den hänsyn som tas till de kommersiella aktörernas intressen.

Ett annat område där det uppenbarligen finns mycket att göra för medicinhistoriker gäller den roll som frågor om hälsa och sjukdom i vid mening kommit att få inom olika massmedier och i populärkulturen. De många teveserier som utspelar sig i sjukhusmiljöer är ett av tecknen på detta intresse, liksom det snabbt växande

antalet medicinska internetsidor med information eller försäljningserbudanden av mer eller mindre seriöst slag. Det mediala intresset för hälsa och sjukdom har också medfört att vissa grupper av patienter tillägnat sig en medicinsk allmänbildning som i grunden förändrat synen på och relationen till läkaren som expert. Å andra sidan förefaller även antalet människor med mycket begränsade kunskaper om fysiologi och näringslära eller förmåga att bedöma enklare symptom ökat, vilket förändrat läkarnas arbetsuppgifter i motsatt riktning. Kulturhistoriska studier av hur kunskaper, värderingar och värde kring sjukdomar, hälsa och kropp förmedlas, gestaltas och tranformeras genom en mångfald av olika mediala arenor borde kunna ge en bättre inblick såväl vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom och belysa en del av den samtida medicinens och sjukvårdens svårigheter.

Mitt sista förslag till forskningsområde för nästa generation av medicinhistoriker gäller medicinens och sjukvårdens vardag. Anmärkningsvärt nog vet vi inte så mycket om hur den kliniska praktiken sett ut, eller hur de sjuka haft det under sina sjukhusvistelser och vad som hänt med dem efter avslutad behandling. Materialet för studier av det slaget kan inte sökas enbart i sjukhusens eller de medicinska myndigheternas arkiv, utan här är berättelser i brev, dagböcker, memoarer och liknande av stor betydelse. Även sjukvårdens fysiska miljöer, behandlingsapparat och instrument är av intresse för detta forskningsområde.

En viktig erfarenhet av all slags forskning är dock att varje generation av forskare formulerar sina frågor och väljer sina egna materialtyper, ofta i polemik mot den äldre generationens som man tycker begränsade och torftiga forskningsinsatser. Utan denna generationsdynamik inom forskning skulle förmodligen utvecklingsarbetet avstanna och det finns därför inte någon större anledning att försöka styra den framtida forskningen. För om det är något vi vet om denna är att den inte kan förutses och varken kan eller bör styras.

## Noter

- <sup>1</sup> The Wellcome Trust, <http://www.wellcome.ac.uk/>
- <sup>2</sup> The Wellcome Library, <http://library.wellcome.ac.uk/>
- <sup>3</sup> Johannisson, Karin, "På spaning efter historiens sjuka", *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, Stockholm: Norstedts, 1990, s 13-19. Se även Porter, Roy, *The History of Medicine: Past, present and future*, Uppsala: Institutionen för idé- och lärdomshistoria, 1983.
- <sup>4</sup> Society for the social history of medicine, <http://www.sshm.org/intro.html>. Sedan 1988 ger föreningen även ut tidskriften *Social History of Medicine*.
- <sup>5</sup> Några centrala inlägg i diskussion finns samlade i *Social Control and the State*, eds. Cohen, Stanley & Scull, Andrew, Oxford: Basil Blackwell, 1983. Se även Scull, Andrew, "Psychiatry and its historians", *History of Psychiatry* (1991), s 239-250; Qvarsell, Roger, "History of psychiatry in Sweden", *History of Psychiatry*, (1991), s 315-320 samt Erikson, Bengt Erik & Qvarsell, Roger, "Inledning", *Hur skall själen läkas: Förändringar inom psykiatrin*, Stockholm: Natur och kultur, 1997, s 9-26.
- <sup>6</sup> Som ett näraliggande exempel kan nämnas den av mig själv och Jan Sundin författade översiktsartikeln "The social and cultural history of medicine in Sweden", *History and Philosophy of the Life Sciences*, 17 (1995), 315-316.
- <sup>7</sup> *Framing Disease. Studies in cultural history*, eds. Rosenberg, Charles E. & Golden, Janet, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1992. För en utmärkt diskussion om begreppet framing se George S. Rousseaus inledning till antologin *Framing and Imagining Disease in Cultural History*, ed., New York: Palgrave Macmillan, 2003, s 1-10.
- <sup>8</sup> Cooter, Roger, "'Framing' the end of the social history of medicine", *Locating Medical History*, s 310 ff.
- <sup>9</sup> För presentationer av den medicinhistoriska forskningen och dess bakgrund och metodfrågor fram till början av 1980-talet se *Modern Methods in the History of Medicine*, ed. Clarke, Edwin, London: Athlone Press, 1971. Woodward, John & Richards, David, "Towards a social history of medicine", *Health Care and Popular Medicine in Nineteenth century England: Essays in the social history of medicine*, New York: Homes & Meiser Publishers, 1977. Webster, Charles, "The historiography of medicine", eds Corsi, P. & Weindling, P., *Information Sources in the History of Science and Medicine*, London, 1983. *Problems and Methods in the History of Medicine*, eds. Porter, Roy & Wear, Andrew, London: 1987.
- <sup>10</sup> Jordanova, Ludmilla, "The Social Construction of Medical Knowledge", *Social History of Medicine*, 8 (1995), s 361-381 är en av de mest tydliga försöken att ge medicinhistorien en teoretisk bas i den samtida diskussionen inom samhälls- och kulturforskningen.
- <sup>11</sup> Porter, Roy, *Bodies Politic: Disease, death and doctors in Britain 1650-1900*, Ithaca, N.Y: Cornell University Press, 2001, s 9.
- <sup>12</sup> För en fördjupad diskussion om utvecklingen inom området se *Locating Medical History: The stories and their meanings*, eds. Huisman, Frank & Warner, John Harley, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004. När det gäller användningen av bilder se även Jordanova, "Medicine and Visual Culture", *Social History of Medicine*, 1990, nr 3.
- <sup>13</sup> *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol I-II, eds. Bynum, W.F. & Porter, Roy, London: Routledge, 1993. *The Cambridge World History of Human Diseases*, ed. Kiple, Kenneth F., Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- <sup>14</sup> *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, eds. Cooter, Roger & Pickstone, John, London: Routledge, 2000.



# Den biomedicinska samtiden som medicinhistorisk utmaning

Thomas Söderqvist

När man diskuterar ett akademiskt ämnes framtid bör man ha samma strategiska attityd som en schackspelare – det vill säga de drag som redan har gjorts är irrelevanta för spelets fortsatta utveckling.

Det betyder inte att schackspelare inte kan sin historia. Tvärtom kan de den ofta i nästan autistisk detaljeringsgrad. Men när de är igång med ett parti, så är det bara ställningen på brädet och de möjliga framtida dragen som gäller. De föregående dragen är likgiltiga.

Jag tror att detsamma gäller forskningsstrategiska diskussioner. Att göra historiska tillbakablickar kan lätt bli en kognitiv hämsko och en legitimering av teoretisk och metodisk status quo snarare än vara till hjälp till forskningsmässig förnyelse.

Historiska reflektioner bör, som jag ser det, alltså inte ligga till grund för diskussioner om forskningens nutid och framtid – men kan möjligen avsluta dem. Jag vill således inte förhålla mig som idéhistoriker till mitt eget ämne, utan hellre komma med en del synpunkter på några intressanta forskningsmässiga möjligheter som jag menar kan urskiljas i dagsläget. Och för att gå rakt på sak, så menar jag att den stora utmaningen för medicinhistoriker idag ligger i samtidshistorien.

Den medicinska samtiden är mångfacetterad och erbjuder en rad nya angelägna forskningsobjekt. Exempelvis skulle det behövas historisk forskning om de bioetiska och politiska diskurser som reglerar den offentliga och privata medicinska sektorn. Det saknas i stort sett kunskap om exempelvis den ekonomihistoriska kontexten för sjukvårdens expansion under efterkrigstiden, om betydelsen av venture-kapital för den medicinska tekniska industrin, om sjukförsäkringssystemens och finansmarknadernas inflytande på

läkemedelsindustrins teknologiska innovationsgrad och om mediaindustrins betydelse för hälsokonsumenternas sjukdomsuppfattning och behovsstruktur. Exempelen är legio – det finns i stort sett bara vita fläckar på den medicinhistoriska samtidskartan.

Här vill jag speciellt framhäva biomedicinen som ett av de mest iögonenfallande samtidshistoriska fenomenen. ”Biomedicin” har varit ett nyckelbegrepp i den medicinska forskningspolitiska diskussionen under de senaste årtiondena och mycket talar för att det kommer att bli ett centralt uppslagsord i ett framtida begreppshistoriskt lexikon.

Biomedicin uppfattas på lite olika sätt i litteraturen; exempelvis använder antropologer det ofta som beteckning på västlig vetenskaplig medicin till skillnad från etno-/folkmedicin.<sup>1</sup> Här håller jag mig till den korta begreppshistoria och definition som Alberto Cambrosio och Peter Keating presenterar i deras senaste bok, *Biomedical Platforms* (2003). De menar att biomedicin inte bara ska förstås som samspelet mellan biologisk forskning och klinisk verksamhet, eller som användandet av biologiska forskningsresultat i kliniken, utan snarare som sammansmältningen av forskning om de normala biologiska processerna med studiet av de patologiska förloppen. För att man ska kunna tala om biomedicin krävs det dessutom att samma medicinska praktik kan fungera som både biologisk grundforskning och kliniskt utvecklingsarbete.<sup>2</sup> Biomedicin kan med andra ord, och för att knyta an till en vetenskaps sociologisk begreppsvärld, ses som ett exempel på en “boundary practice”, fylld med “boundary objects”.<sup>3</sup>

Ett beslätat begrepp är ”biomedikalisering”. Det som medicinhistoriker traditionellt har uppfattat som medicinsk praktik är under snabb förvandling. Klinisk forskning och praxis blir allt mer molekylariserad och digitaliserad. Molekylärbiologin har blivit vardag på de diagnostiska laboratorierna. Avancerade digitala teknologier fyller medicinska forskningsinstitutioner och sjukhuskliniker. Därmed är det inte längre självklart att läkar-patient-relationen ska stå i fokus för medicinhistorikerns intresse. Dagens och morgondagens medicinhistoriker har minst lika stor – om inte större – anledning till att intressera sig för nanoteknologi och stamcellforskning, biobanker och sekvensdatabaser, virtuell kirurgi och datoriserad bilddiagnostik.

Denna uveckling mot ett “medicinskt-industriellt komplex” – och på det hela taget “biomedikaliseringen” av människans normala och patologiska biologiska funktioner – är en stor utmaning för medicinhistoriker idag.<sup>4</sup> Medicinhistoriker har traditionellt fokuserat på sjutton- och artonhundratalet och första halvan av nittonhundratalet. Men nu börjar alltså den helt närliggande samtiden att tränga sig på. Individuell

molekylär terapi och virtuell kirurgi och somatisk genterapi har redan blivit historiska fenomen, liksom patentering av gener och organismer. Att odla reservdelsorgan med hjälp av stamcellteknologi är snart på väg att bli historia.

Allt detta är nytt, främmande och skrämmande för oss alla, medborgare såväl som medicinhistoriker. Men det är en speciell utmaning för medicinhistoriker, eftersom det är svårt att skriva om den här biten av samtidshistorien utan att sätta sig in i det vetenskapliga och tekniska innehållet. Många av de historiker och etnologer som har börjat intressera sig för biomedicinen begränsar sig till den som ett medialt och kulturellt fenomen, exempelvis hur medierna behandlar den nya teknologin i metaforiska termer. Men det finns gränser för hur långt man kan komma i sin förståelse av biomedicinen om man begränsar sig till dess populärkulturella uttrycksformer. Förr eller senare måste man nog ta fatt i kärnan i den nya biomedicinen, vilket kräver att man sätter sig in i membranreceptorer, jon-kanaler och allosteriska proteinmotorer, för att inte tala om genomik och bioinformatik (där går min egen personliga gräns).

Vi kan snabbt bli eniga om att det inte räcker att överlåta åt biomedicinarna att skriva sin egen historia. Normalt har de inte lust och tid, och skulle de ändå ha det (t.ex. därför att de har gett upp den mördande biomedicinska konkurrensen och hellre vill syssla med något mindre ansträngande, som exempelvis medicinhistoria) så ska man inte räkna med att de ser någon större mening i historikernas sedvanliga teoretiska och metodiska spetsfundigheter. Det vill säga, man ska nog inte förvänta sig att en före detta molekylärgenetiker omedelbart ska kasta sig ut i lustläsning av Stephen Greenblatt eller Judith Butler. Omvänt kan man naturligtvis inte göra sig förhoppningar om att medicinhistoriker med bakgrund i litteratur- eller idéhistoria på egen hand ska kunna klara av att bedöma vad som är upp och ner inom NMR-teknologi eller jonkanal-forskning.

Den enda långsiktiga lösningen på problemet är, som jag ser det, att återetablera de goda arbetsrelationerna mellan humanister och biomedicinare. Det avståndstagande till läkarna som många (inte minst svenska) medicinhistoriker har gett uttryck för var kanske förståeligt för ett par årtionden sedan, när det handlade om att ge historikerna lov till att överhuvudtaget syssla med medicinens historia. Men jag tror att detta traditionella avståndstagande är en förlegad attityd idag. Studiet av biomedikaliseringen kräver dialog och direkt samarbete mellan biomedicinare och humanister.

Flera av de ledande historikerna på det här området är antingen dubbelkvalificerade eller i hög grad medvetna om att det är nödvändigt att etablera goda samarbets- och

tillitsrelationer till biomedicinska forskare – samtidigt som man bibehåller sin teoretiska och metodologiska självständighet.

Att återupprätta biomedicinens samtidshistoria som en humanistisk medicin för vår tid är en av utmaningarna för medicinhistorikerna. Men det ligger också en annan slags utmaning i den biomedicinska samtiden – och den gäller kanske inte så mycket medicinhistorikerna, utan snarare historikerprofessionen i allmänhet.

Ta exempelvis fallet Francis Fukuyama, den amerikanske statsvetaren, som blev känd i början av 1990-talet för sin tes om historiens slut.<sup>5</sup> Han fick väldigt mycket (och berättigat som jag ser det) kritik för sin uppfattning från alla möjliga håll – historiker, filosofer och statsvetare betraktade honom som mer än lovligt naiv.<sup>6</sup> Men ingen av kritikerna fick honom att ändra uppfattning. Det gjorde han först när han börjat intressera sig för vad som händer inom biomedicin och bioteknologi. Idag tror Fukuyama inte längre på att historien håller på att ta slut. Tvärtom menar han att biovetenskap och bioteknologi har satt fart i historiemaskineriet igen.<sup>7</sup>

Och det är det inte bara Fukuyama som menar. Det talas en hel del nuförtiden – både i forskarvärlden, bland framtidsskribenter och bland politiker och finansfolk – om en biovetenskaplig revolution, analog med den så kallade vetenskapliga revolutionen på 1600-talet. Mycket av det som sägs är säkert hype (och särskilt det som sägs av forskarna och biotech-företagen som har “vested interests” i att trissa upp förväntningarna). Som historiker är man dessutom alltid misstänksam mot folk som menar sig kunna identifiera revolutioner medan de försiggår.

Men även om det kanske är övermaga att tala om revolution så är det svårt att komma ifrån att det är något på gång inom medicinen och humanbiologin som mer stor sannolikhet kommer att få stora kulturella, politiska, ekonomiska – och kanske till och med evolutionära – konsekvenser. De möjliga konsekvenserna handlar inte bara om teknologins omedelbara effekter på enskilda mänskliga kroppar. Det som framför allt står på spel är den historiska tendens som Michel Foucault försökte inringa med begreppet “biomakt” och som Giorgio Agamben har kallat utvecklingen av “lägret” som paradigm för moderniteten (och postmoderniteten).<sup>8</sup> Antonio Negri och Michael Hardt har försökt att begreppsliggöra samma tendens i *Empire* (2001) och *Multitude* (2004). De omformulerar den klassiska marxistiska klassanalysen genom att urskilja ett transnationellt ‘Imperium’ som har kontrollen över biomakten och en global underklass som kanaliserar sitt motstånd genom ‘biopolitisk produktion’.<sup>9</sup>

Med andra ord är biomedicinens utmaning till samtidshistorikerna hela den makrohistoriska tendens som innebär att människolivet blir styr- och kontrollerbart från vagg till grav samt att maktutövandet försiggår med hela populationer och deras ingående kroppar, vävnader, celler och molekyler som objekt. Biomedicinen gör det, för första gången i historien, tekniskt möjligt att styra samhället helt nere på genom- och proteomnivå med hjälp av screening-program och utnyttjande av lagrade biodata. Det är denna politisk-administrativa möjlighetsbetingelse som den tyske filosofen Peter Sloterdijk satte fingret på i sin essä om ”människoparken” (1999).<sup>10</sup> Den fick hela den tyska kultureliten, inklusive Jürgen Habermas, på barriaderna därför att Sloterdijk inte liksom alla andra begränsade sig till att moralisera över eugeniken i allmänna vändningar, utan helt cyniskt påpekade att det är först nu som eugenikerna har fått de nödvändiga arbetsredskapen till en smart och vetenskapligt baserad människofarm.

Om man nu, som jag gör här, menar att den samtida biomedicinen är viktig och intressant, så kommer frågan hur man som samtidshistoriker ska greppa den. Vilka är de historiografiska redskapen?

För att svara på den frågan tror jag man måste göra upp med den historiesyn som arrangörerna verkade ge uttryck för i inbjudan till den här konferensen. De skriver att medicinhistorien ursprungligen präglades av “en äldre, inomvetenskapligt inriktad framgångshistoria med tyngdpunkt på stora namn och upptäckter”. I opposition mot denna historieskrivning kom ämnet från och med 1970-talet att drivas med “en ny samhällsanalytisk och social inriktning, en ‘underifrånblick’ med fokus på bl.a. medikaliseringsprocesser, maktstrukturer och vårdens svaga grupper”. Och nu har detta sociala perspektiv, menar de, avlösts av ett “kulturhistoriskt”.<sup>11</sup>

Jag hårdrar kanske. Men inbjudan kan faktiskt läsas som uttryck för en rätlinjig utvecklingshistoriografisk modell – och med den som utgångspunkt blir svaret på frågan om hur vi ska greppa den biomedicinska utmaningen rätt enkelt. Det handlar bara om att formulera nästa steg på utvecklingstrappan, det vill säga den nya historiografiska tradition som gör upp med det kulturhistoriska perspektivet. Kroppshistorien, kanske? Eller materialitetshistorien?

Med risk för att ha läst inbjudan alltför bokstavligt tror jag inte att det är särskilt fruktbart att tänka i sådana utvecklingshistoriska banor. Jag tror att alla de föregående traditionerna har något värdefullt att erbjuda. Exempelvis menar jag att avståndstagandet till en historieskrivning “med tyngdpunkt på stora namn och upptäckter” har rent negativa konsekvenser. Det finns faktiskt en rad intressanta

forskningsmöjligheter för den som vill ta utgångspunkt i biomedicinens stora namn och stora upptäckter. Det är bara en handfull av biomedicinens stora internationella namn som har fått sina egna biografier ännu. Exempelvis finns det inte någon bra biografi om James D. Watson och ingen alls om Sidney Brenner. Alla som sysslar med biomedicinens samtids historia går och väntar på Robert Olby's stora biografi om Francis Crick. Och jag tror inte att någon inom det här fältet tycker att Soraya de Chadarevian är passé därför att hon ger en av 1900-talets stora vetenskapliga upptäckter (dubbelhelixmodellen) en central plats i sin historia om molekylärbiologi i efterkrigstiden.<sup>12</sup>

På samma sätt menar jag att den traditionella socialhistorien fortfarande har mycket att erbjuda. Studier av hur man har handskats med AIDS-epidemin och hoten om nya pandemier som SARS och H<sub>3</sub>N<sub>1</sub>-virus inbjuder till mer traditionella social-historiska betraktningssätt. Detsamma gäller framväxten av hela folkhälsoområdet (socialmedicin, epidemiologi mm.), inklusive de stora folkhälsokampanjerna mot rökning och nu senast mot fetma. Naturligtvis kan man närma sig de här fenomenen med kulturhistoriska eller de efterlysta post-kulturhistoriska utgångspunkterna – men det är efter min mening minst lika produktivt att betrakta dessa aspekter av nutidshistorien med de traditionella socialhistoriska verktygen. Även den nya kulturhistorien har naturligtvis fortfarande mycket att erbjuda. New Historicism lever och sprattlar för fullt, och det vore väldigt intressant om någon kunde ta utgångspunkt i Judith Butler och göra en performativitets-analys av den svenska hälsovården i queer-perspektiv.

Konklusionen är att även om det vore kul att gå på upptäcktsfärd efter nya historiografiska trender, så tror jag inte det är särskilt fruktbart att leta efter nästa trend på pärlbandet; den som ska avlösa de föregående. Den samtida biomedicinen har tvärtemot allt att vinna på teoretisk och metodologisk pluralism. Jag vill avslutningsvis illustrera detta med "micro-array"-teknologin, i detta fall Affymetrix GeneChip (som jag skickade runt i några exemplar bland deltagarna på konferensen på Nobelmuseet).

Med den ca. 10x10 mm stora gen-chippen kan man kartlägga alla gener i kroppen som är påkopplade ('expressed') vid en given tidpunkt. Det betyder att man kan mäta hur ett läkemedel metaboliseras hos enskilda individer, ja till och med i enskilda organ och celler. Man kan följa hur genernas kopplas av och på när stamceller differentieras till vävnader och organ. Och man kan snabbt screena hela befolkningsgrupper för sjukdomsframkallande punktmutationer.

Gen-chippen är en perfekt ikon för vad som händer inom biomedicinen idag. Det är också därför vi på Medicinsk Museion vid Köpenhamns Universitet har valt den som symbol på vår forskarblogg.<sup>13</sup> Gen-chippen förenar bokstavligen informationsteknologi och molekylärbiologi, den förkroppsligar biomedicinen som studiet av organismens normala biologi med klinisk diagnostik av patologiska tillstånd. Den utnyttjar de internationella DNA-sekvensdatabaserna och är resultatet av en alltmer globaliserad biotech-industri. Den har fått helsidesartiklar i Financial Times. Den är ett led i strukturuomvandlingen av sjukvården mot ökad individualiseringen av behandlingen. Den är en fungerande cyborg. Den vore perfekt som monitor i människoparken.

“Micro-array”-teknologin är en smart teknologi som man skulle kunna skriva många slags historier om:

- det är ingen som har skrivit traditionell framstegshistoria om den ännu.
- det finns ingen biografi om Stephen Fodor (han som hittade på den), inte ens en biografisk artikel i en biomedicinsk tidskrift.
- den är en perfekt utgångspunkt för den som vill skriva om integrationen mellan informationskultur och biologisk materialitet i biomedicinen.<sup>14</sup>
- den skulle också kunna bilda utgångspunkten för en ekonomisk historia om biotech-patent och venture-kapital i 1990-talets Kalifornien.
- man kunde med fördel sätta gen-chippen i centrum för en socialhistoria om det växande folkliga kravet på en individualiserad sjukvård.
- i Bruno Latours optik är den naturligtvis en aktant – som kan man följa ...
- den är intressant att se på – och de bilder man framställer efter behandling av analysdata är imponerande som biomedicinsk ikonografi.
- man kan också skriva om den som ett exempel på biomedicinens materialitetshistoria – eller som konstindustriell design.
- och slutligen kan man (bokstavligen) skriva mikrohistoria – gen-chippen som ett mikrokosmos för hela biomedicinens historia.

Det är fritt val på alla metodologiska hyllor.

## Noter

- <sup>1</sup> Se t.ex. Lorna Amarasingham Rhodes, "Studying biomedicine as a cultural system", ss. 165-180 i: C. F. Sargent och T. M. Johnson, red., *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Westport, Conn., 1996.
- <sup>2</sup> Peter Keating och Alberto Cambrosio, *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine*, Cambridge, Mass: MIT Press, 2003.
- <sup>3</sup> För begreppet 'boundary object', se Susan Leigh Star och James. R. Griesemer, "Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39", ss. 503-524 i: M. Biagioli (red.), *The Science Studies Reader*, New York; London: Routledge, 1999.
- <sup>4</sup> Adele E. Clarke, Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket och Jennifer R. Fishman, "Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine", *American Sociological Review*, vol. 68, 161-194 (2003).
- <sup>5</sup> Francis Fukuyama, *The End of History and the Last Man*. New York: The Free Press, 1992.
- <sup>6</sup> Timothy Burns, red., *After History? Francis Fukuyama and his Critics*, Lanham, Md: Rowman & Littlefield, 1994.
- <sup>7</sup> Francis Fukuyama, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2002.
- <sup>8</sup> Giorgio Agamben, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*, Stanford: Stanford University Press, 1998.
- <sup>9</sup> Michael Hardt och Antonio Negri, *Empire*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000; Michael Hardt och Antonio Negri, *Multitude*, London: Hamish Hamilton, 2004.
- <sup>10</sup> Peter Sloterdijk, *Regeln für den Menschenpark*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1999.
- <sup>11</sup> Inbjudan till konferens "Medicinshistoria idag", Nobelmuseet, Stockholm 22 augusti 2005 (<http://www.idehistoria.nu/MedicinKultur.html>).
- <sup>12</sup> Soraya de Chadarevian, *Designs for Life: Molecular Biology After World War II*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.
- <sup>13</sup> [www.corporeality.net/museion](http://www.corporeality.net/museion)
- <sup>14</sup> Se t.ex. Eugene Thacker, *The Global Genome: Biotechnology, Politics, and Culture*. MIT Press, 2005.



# Vård som social åtgärd

## En kort diskussion kring social medicinhistoria med exempel från alkoholistvården kring sekelskiftet 1900

**Anna Prestjan**

Vad är social medicinhistoria? En fråga som konferensen *Medicinshistoria idag* har kretsat kring är om vi som sysslar med medicinshistoria i dag har avlägsnat oss för långt från medicinen själv, eller, som konferensinbjudan uttrycker det, från ”...de vetenskapliga, begreppsliga och vårdpolitiska fält” som vi vill problematisera? Denna fråga, liksom frågan om den sociala medicinshistoriens innehåll, hoppas jag kunna illustrera med hjälp av exempel från min forskning kring hur alkoholistvården utvecklades i Sverige från och med 1880-talet.

I min avhandling *Att bota en drinkare. Idéer och praktik i tidig svensk alkoholistvård 1885–1916* står den första perioden i svensk alkoholistvårds historia i fokus.<sup>1</sup> Detta var den period då dryckenskapen som sjukdom – alkoholism – fick genomslag inom den medicinska vetenskapen. Under perioden började läkare och andra intresserade av socialt reformarbete diskutera vård och behandling som ett alternativt sätt att hantera de personer som påverkade både sin egen hälsa och sin omgivning genom att dricka för mycket och på fel sätt. Alkoholism som sjukdom, dess orsaker, symtom och botemedel diskuterades och debatterades av medicinska experter. De första alkoholistanstalterna öppnades. En stor del av diskussionerna rörde det offentliga samhällets ansvar för och del i alkoholistvården. Detta statliga ansvar konfirmerades först i och med tvångsvårdslagstiftningen år 1913. Jag har undersökt den svenska alkoholistvårdens första period utifrån de fyra första alkoholistanstalterna i Sverige

– dels med avseende på de idéer kring alkoholistvård som initiativtagarna hade, dels med avseende på den praktiska verksamheten.

I *Medicinens öga* (1990) menar Karin Johannisson att social medicinhistoria innebär att medicinen belyses i ett större samhällsperspektiv och att medicinhistorien ses som en del av samhällets i övrigt och dess invånares historia. Denna definition ska ses i kontrast mot den så kallade traditionella medicinhistorien, som företrädesvis har skrivits av medicinare och inte av historiker, och som behandlar medicinen främst som vetenskap, oberoende av det samhälle den existerar i.<sup>2</sup> Med utgångspunkt i denna definition är frågan om medicinhistoria som skrivs av historiker kan vara något annat än just social medicinhistoria? Kan historiker någonsin bortse från vad som sker på olika samhällliga nivåer i undersökningen av problemområden som till exempel alkoholistvårdens utveckling?

Social medicinhistoria innebär inte enbart ett särskilt forskningsperspektiv, utan också att ljuset riktas mot vissa typer av problem, till exempel dryckenskap. Dessa problem belyses inte enbart utifrån medicinens (vetenskapens och dess utövares och institutioners) perspektiv, utan problematiserandet omfattar också den eller de som möter medicinen: de sjuka, de avvikande, de vanliga människorna av bägge könen och i alla åldrar. Ett mer patientorienterat perspektiv, eller ett belysande av mötet mellan medicin och människa i den medicinska praktiken, leder vidare till att begrepp som sjukdom och hälsa blir empiriska frågor och inga absoluta begrepp.

I den tidiga alkoholistvården var mötet mellan läkare och patient en grundläggande tanke. Alkoholistbehandlingen skulle vara individualiserad, eftersom sjukdomsbilden varierade från fall till fall beroende på allehanda ärftliga och förvärvade individuella förutsättningar. Till alkoholistbehandling antogs vidare endast den, som skriftligen ville intyga att han ägde insikt om sin sjukdom och en uppriktig vilja att bli frisk. Experternas insatser kunde alltså inte ensamma avgöra en alkoholistens öde. Den sjuke var i högsta grad inblandad i sin egen förändring från sjuk till frisk, och måste först och främst erkänna ”Jag är sjuk”. Även om de som behandlades vid de första alkoholistanstalterna uppenbarligen var villiga att skriva under på sin sjukdom, visade praktiken att de kanske inte ägde den sjukdomsinsikt som var önskvärd. För många patienter var ”frisk” detsamma som ”nykter”, vilket innebar konflikter med anstaltsledningarna som ville något mer än vad som i form av korta ”tork-vistelser” redan kunde erbjudas vid brunnsorter och lasarett. Över hälften av alla som skrevs in vid anstalterna lämnade desamma långt före den överenskomna tiden, minst sex månader. Sådana typer av konflikter som kan spåras i mötet mellan läkare och

patient, eller mellan teori och praktik, är något som belyses genom det sociala perspektivet.

Inom den sociala medicinhistoriens vida och inte helt klara ramar existerar även den så kallade kritiska medicinhistorien. Johannisson har karakteriserat den kritiska medicinhistorien som en strävan att ”identifiera en gemenskap mellan samhällelig och medicinsk idealbildning”. Utifrån ett kritiskt medicinhistoriskt perspektiv ses medicinen som tjänande övergripande samhällsintressen snarare än sina egna, som borde vara att tjäna de lidande, sjuka människorna.<sup>3</sup> Vård avslöjas som kontroll och normalisering, snarare än som vård i bemärkelsen omsorg, i syfte att bota. Ur detta kritiska perspektiv på medicinhistorien står makt, social kontroll, normskapande och tvång i fokus. Medicinen blir en medveten eller omedveten, frivillig eller ofrivillig deltagare i en samhällelig konspiration mot den lilla människan, eller grupper av människor. Medicinen blir ”det onda” – en maktgirig profession eller ett redskap i illvilliga händer. Med ett kritiskt medicinhistorisk perspektiv kan relativismen dras till sin spets: var det inte egentligen så, att alkoholism var ett borgerligt påfund för att under föregivet objektiv medicinvetenskaplig flagg kunna spärra in fattiga och arbetslösa? Var det kanske inte så, att alkoholistvård var korrektion och bestraffning snarare än behandling?

I särskilt den brittiska forskningen kring alkoholistvård är det kritiska perspektivet det mest framträdande, eftersom forskningen främst har utgått från tvångsvården av alkoholister, vilket där tidigt var en möjlighet. Slutsatserna om alkoholistvården dras utifrån vården som slutprodukt, det vill säga utifrån dess praktik, och utifrån vilka funktioner vården hade i samhället. Det kunde konstateras att de tvångsvårdade främst tillhörde underklassen och att alkoholism som sjukdom inte var ett avgörande kriterium för tvångsvård, utan sociala brister som till exempel oförmåga att försörja sig och leva ”ordentligt”. I praktiken innebar tvångsvård inte heller så mycket vård i medicinsk bemärkelse, utan i bästa fall social träning och i sämsta fall endast förvaring. Tvångsvårdens funktioner var isolering av störande personer från resten av samhället, deras bestraffning och, om möjligt, korrektion. Resultat liknande dessa kommer också Johan Edman fram till vad gäller tvångsvård av alkoholister i Sverige efter år 1916.<sup>4</sup>

Enbart en vårdverksamhets praktik och dess funktioner säger dock intet om hur det från början var tänkt med vården, vad den skulle syfta till och vad som skulle bli resultatet. Dessa aspekter bör också tas med i analysen. Därför var min avsikt att undersöka inte enbart hur vården fungerade i praktiken, utan också de motiv för och

syften med alkoholistvård som fanns bland förespråkarna för dryckenskapen som sjukdom och bland dem som var delaktiga i utvecklandet av en vårdapparat med särskilda behandlingsmetoder och särskilda anstalter för alkoholister. Vilka var nu dessa personer? Vilka ville vårda alkoholister och varför?

Under perioden 1885–1916 var det offentliga samhället inte delaktigt i alkoholistvården utan tog snarare ställning *mot* ett sjukdomskoncept. Statens eller samhällets stöd för eller sanktion av den process då dryckenskapen blev en sjukdom var så gott som obefintligt, även om det ökade gradvis under perioden. Den alkoholistvård som utvecklades byggde på verksamheten vid ett litet antal privata anstalter med frivilliga och betalande patienter. De som drev processen var en handfull läkare med starka intressen för sociala frågor.

Ett resultat av undersökningen är att dessa läkare främst representerade just *medicinen* och inte borgerligheten, nykterheten, akademiker eller andra tänkbara grupper som de också tillhörde. I materialet finns ingenting som tyder på att syftet med att vårda alkoholister var att utöva makt över vissa kategorier av människor. Resultaten pekade däremot på en orubblig tro hos läkarna på de möjligheter som medicinvetenskapen faktiskt hade att delta i ett större samhällsreformistiskt projekt som gick ut på att göra samhället bättre. Dessa läkare ville göra en insats för både individ och samhälle och behandla och bota sjuka alkoholister i stället för att lämna dem åt straff för fylleri och andra alkoholrelaterade brott. De ville delta i samhällsförbättrandet och eftersom de trodde på medicinvetenskapen, tyckte de att deras deltagande var rättfärdigat och nödvändigt.

Så långt idéerna bakom den första svenska alkoholistvården. Men hur fungerade den privata och frivilliga alkoholistvård som jag undersökte i praktiken? Även de frivilliga alkoholistanstalterna hade normativa och kontrollerande funktioner. Läkarnas motiv för att vårda alkoholister var att utöva omsorg om sjuka personer och göra deras liv bättre, men också att pröva medicinska lösningar på nya samhälleliga områden. Deras strävanden ledde till en verksamhet som i praktiken gick ut på att göra självförsörjande, ordentliga och arbetsamma män av karaktärlösa lättingar. Att ”vara frisk” innebar i och för sig ”att vara i avsaknad av sjukdom eller att ha hälsa”, men också ”att vara nyttig och duglig”. Detta är varken nytt eller alarmerande. Roger Qvarsell har påpekat att normerande funktioner finns inbyggda i all vård, eftersom vård alltid syftar till att förändra individer från ett tillstånd som bedöms vara icke önskvärt till ett annat tillstånd som sägs vara det normala eller ideala.<sup>5</sup> Vård är ju alltid en social åtgärd.

De alkoholistanstalter jag undersökt fungerade inte som kontroll av de förväntade ”svaga” eller ”problematiska” grupperna (underklass och särskilt underklasskvinnor). Där vårdades män ur medel- och överklass, en grupp som inte var särskilt uppmärksam i diskussionerna kring den så kallade sociala frågan. Snarare, menar jag, ingick de första alkoholistanstalterna i ett samtida borgerligt mansskapande projekt, som i sin tur ingick i det mer generella samhällsförbättrande projektet. De alkoholister som stoppades in i anstaltens ena ände skulle komma ut i den andra som ideala män, med ideala manliga egenskaper som var typiska för tidens mansideal: kroppslig och mental styrka, karaktärsfasthet, stadgad familjefader. De symtom som kopplades till sjukdomen alkoholism, förutom de rent fysiska symtomen, var också sådana beteenden och egenskaper som uppfattades som negativa hos en man eller till och med omanliga: brist på karaktär och självkontroll, oförmåga att försörja sig själv och en familj, oförmåga eller ovilja till ett ordnat liv med fast arbete och fast bostad och, inte minst, den sjuka, obrukbara kroppen.

Att den friske mannen i medicinsk mening sammanföll med mer generella samhälleliga mans- och medborgarideal är inte att betrakta som någon konspiration. Medicinen tycktes inte heller i det här fallet ha varit ett redskap som tjänade några andra intressen än sina egna, utan en självständig aktör med professionella, vetenskapliga, sociala och humanitära intressen för alkoholistvård. Detta belyser medicin som ett samhälleligt fenomen och inte som en oberoende eller objektiv verksamhet som försiggår i en egen fil vid sidan av övrigt samhällsliv. Alkoholistvården hade tydliga samband med samtida idésammanhang som till exempel oro inför och kritik av urbanisering och industrialisering och ett växande intresse för den så kallade sociala frågan och samhällsreformer av olika slag.

För att återvända till den viktiga frågan om vi i och med utvecklingen mot ett mer kulturhistoriskt perspektiv på medicinens historia möjligen har hamnat för långt från det vi egentligen vill problematisera: medicinen i sig, som vetenskap, dess begrepps- sfär, dess utövare och praktiker och politik? Ja, kanske. Social medicinhistoria innebär att se vård och medicin som sociala företeelser, som speglingar av vad som händer på olika samhälleliga nivåer och som maktfaktorer, normerande och kontrollerande. Men vård och medicin har också ett eget liv. Det är, tror jag, av vikt att inom social medicinhistoria, liksom inom den traditionella medicinhistoriska forskningen, behålla respekten för medicinvetenskapen i sig, för dess utövare och verksamheter. De medicinska aktörernas motiv och tankar måste få utrymme vid sidan av funktionerna hos eller konsekvenserna av deras praktik och verksamhet i ett mer samhälleligt

perspektiv. Att göra dryckenskap till sjukdom ledde till möjligheten att rättfärdiga normativ och kontrollerande tvångsvård utan medicinska behandlingsinslag. Social kontroll fanns däremot inte bland läkarnas avsikter när de kring sekelskiftet 1900 förespråkade vård för en grupp människor de ansåg vara sjuka, eller utarbetade behandlingsmetoder vid de första anstalterna.

## Referenser

- Edman, Johan 2004, *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940–1981*.
- Johannisson, Karin 1990, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, s. 14-15
- Johnstone, Gerry 1996, "From Vice to Disease? The Concepts of Dipsomania and Inebriety 1860–1908", *Social and Legal Studies* 1996, vol. 5, nr 1, s 37-56.
- Prestjan, Anna 2004, *Att bota en drinkare. Idéer och praktik i svensk alkoholistvård 1885–1916*.
- Qvarsell, Roger 1984, "Vårdideologier i sinnessjukvårdens historia", Qvarsell, Roger (red.), *Vårdinstitution och vårdideologi. Tre uppsatser från ett symposium*, s. 31-44.
- Valverde, Mariana 1998, *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*.

## Noter

- <sup>1</sup> Prestjan, Anna 2004, *Att bota en drinkare. Idéer och praktik i svensk alkoholistvård 1885–1916*.
- <sup>2</sup> Johannisson, Karin 1990, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, s. 14-15.
- <sup>3</sup> Johannisson 1990, s. 19.
- <sup>4</sup> Edman, Johan 2004, *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940–1981*. Se till exempel för Storbritannien Johnstone, Gerry 1996, "From Vice to Disease? The Concepts of Dipsomania and Inebriety 1860-1908", *Social and Legal Studies* 1996, vol. 5, nr 1, s 37-56 och Valverde, Mariana 1998, *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, passim. Se i övrigt min avhandling, sidorna 58-76.
- <sup>5</sup> Qvarsell, Roger 1984, "Vårdideologier i sinnessjukvårdens historia", Qvarsell, Roger (red.), *Vårdinstitution och vårdideologi. Tre uppsatser från ett symposium*, s. 31-44.

# Steriliserad, kastrerad, lobotomerad – om medicinhistoria och intersektionalitet

Ulrika Nilsson

Med utgångspunkt i en pågående studie över de allra första lobotomierna i Sverige (1944-45) kommer jag i det följande att skissera en tänkbar tillämpning av ett intersektionellt perspektiv inom medicinhistorisk forskning. Lobotomistudien ingår i ett projekt som är upplagt som en empirisk undersökning av hur normalitet och avvikelse konstrueras i relation till olika maktbemängda kategorier.<sup>1</sup>

För att betona den processuella ansatsen har jag valt att kalla det jag gör för en undersökning av *lobotomier som intersektionell praxis* – av hur exempelvis kön, klass, ålder, civilstånd och sexualitet samtidigt och i inbördes relation skapas och återskapas genom bland annat diagnoser, daglig vård, behandlingsmetoder och boende, samt i relation till ekonomiska ramar och vetenskapliga och professionella projekt (både individuella och kollektiva). Detta är bara några exempel – lobotomipraxisen försiggår naturligtvis inom ett vidare kulturellt och samhälleligt sammanhang.<sup>2</sup>

Intersektionalitet brukar definieras som att en linje korsar eller skär en annan; intersektionen är den punkt som uppstår i korsningen. Som teoretiskt begrepp fokuserar intersektionalitet skärningspunkten mellan olika kategorier eller maktordningar baserade på exempelvis genus, etnicitet, nationalitet, sexualitet, klass och hudfärg. Intersektionalitet kan förstås som en bred ansats, ett perspektiv som syftar till att: 1) identifiera, 2) namnge och 3) förstå hur genusordningen gestaltar sig inom ramen för diskriminerande och rasistiska strukturer; 4) att historiskt analysera de mekanismer som skapar skillnader, kategoriserar och (ut)sorterar människor utifrån kön och nationalitet; samt 5) att problematisera svenskhet/vithet som norm och göra etnicitet till en historisk kategori.<sup>3</sup>

### **Svenska sinnessjukhus i andra världskrigets skugga**

Under 1940-talet uppvisar årsberättelserna från de svenska sinnessjukhusen till Medicinalstyrelsen en rad följder av andra världskriget, exempelvis matransonering och sjunkande viktkurvor bland patienterna.<sup>4</sup> Den tidigare läkarbristen ökade ytterligare något i samband med manliga läkares beredskapstjänst. Deras frånvaro bemöttes dels genom att fler kvinnliga läkare anställdes, dels genom anställningar och vikariat för utländska läkare och läkarstudenter, både från Sverige och från andra länder i Europa. Ett annat tydligt tecken var ökningen av antalet patienter som inte var svenska medborgare, många av dem flyktingar med traumatiska upplevelser bakom sig.

Det svenska respektive icke-svenska är påfallande närvarande i årsberättelserna. Liksom både tidigare och senare uppges antalet intagna patienter med andra nationaliteter, men nu förtecknas många av dem med namn, yrke, födelsedatum och födelseort.<sup>5</sup> Detta är iögonfallande med tanke på att denna typ av empiri annars sällan berör individnivå (ett andra undantag gäller rättspsykiatriska patienter). Likaså fälls generella omdömen om polacker, ryssar, norrmän och människor av andra nationaliteter, som kan beskrivas som besvärliga, opålitliga, lögnaktiga, krävande, hysteriska och svårskötta. Ett exempel på det ger 1943 års årsberättelse från Sundby sjukhus i Strängnäs till Medicinalstyrelsen, där sjukhuschefen kontrasterar allsköns besvärliga främlingar med en normativ svenskhet i följande ordalag: ”Vid jämförelse mellan dessa och våra egna landsmän, ha vi kunnat konstatera svenskhetens överlägsenhet i lugn, värdighet och balanserat uppträdande. Vi kunna känna oss stolta!”<sup>6</sup>

Överbeläggningen som redan rådde på majoriteten av landets sinnessjukhus ökade ytterligare under 1940-talet. Det innebar fortsatta problem med att isolera fall av smittsamma sjukdomar, exempelvis tuberkulos. Som ett resultat av det hade sinnessjukhusen högre dödlighet än det övriga samhället. En annan konsekvens var att patienterna oroade varandra. Våldsamheter och aggressiva utbrott riktade mot medpatienter, den fysiska omgivningen och personalen förekom dagligen. De så kallade moderna behandlingsmetoderna som slog igenom under slutet av 1930-talet – det vill säga behandling med insulin, cardiazol och elchocker – användes under 1940-talet i allt större omfattning. Dessa chockbehandlingar kunde bryta såväl depressiva och katatona som aggressiva skov. Introduktionen av dem gick snabbt: på avdelningarna välkomnades mer verksamma alternativ till långbad, skyddshandskar och skyddsbälten; för psykiatrin som disciplin innebar de dessutom modernitet och möjligheter till högre vetenskaplig status.<sup>7</sup>



Men vissa patienter hjälptes varken av elektricitet eller insulin. När rapporter kom om lobotomier – eller prefrontala leucotomier, som de initialt kallades i Sverige – väckte operationerna stort intresse både inom och utom läkarkåren.<sup>8</sup>

### **De första lobotomierna**

I augusti 1944 lobotomerades de första patienterna i Sverige – två kvinnor som opererades på Serafimerlasarettet av neurokirurgen Gösta Norlén. Under 1944 och 1945 utfördes 67 lobotomier på 65 patienter, vanligen två varannan vecka, oftast av samma operatör och på en och samma dag.<sup>9</sup> Patientgruppens könssammansättning hade en påtaglig slagsida: av de opererade var 58 kvinnor, 7 var män.<sup>10</sup> Liksom den stora majoriteten av patienterna hade de remitterats från Beckomberga sjukhus. Hittintills har jag lyckats finna 50 av journalerna och det är dem jag baserar nedanstående sammanställning på.<sup>11</sup>

Vid en genomgång av journalerna är några kategoriseringar av patienterna omedelbart iögonfallande. Det är de dels i egenskap av att vara explicit formulerade i empirin (genom ifyllandet av intagnings- och utskrivningshandlingar, prästintyg, operationsformulär, uppgifter om familjebakgrund, utbildningsnivå, civilstånd, sjukdomshistorik etc.); och dels genom en implicit, kontextbunden närvaro via de kulturella sammanhang som lobotomipraxisen pågick inom. I det följande kommer jag att skissera framförallt de förstnämnda, därefter översiktligt presentera en pågående diskussion kring intersektionella perspektiv, samt avslutningsvis resonera kring det som jag kallar för implicita kategoriseringar. Det rör hur jag i relation till frågeställning, teoretiska perspektiv, urval och avgränsningar skapar min empiri samt gör analytiska val, framförallt beträffande intersektioner och kontexter.

### **Hembiträden, homosexuella och imbecilla**

Av de 50 beckombergajournalerna är 46 förda över kvinnor. Fyra kvinnor har andra medborgarskap än svenska (estländskt, finskt); ytterligare fyra (två kvinnor, två män) definieras som något annat än majoritetssvenska då det anges att de har danskt, finskt, ryskt, judiskt, vallonskt och/eller ”tattar”påbrå.

Flera kvinnor benämns som sinnesslöa eller imbecilla. Om en man nämns att han inte kan skriva eller räkna – detta dock utan att hans intelligens diskuteras. Två kvinnor benämns som vanföra. Den yngsta patienten, en kvinna, var 24 år gammal vid operationen; den äldsta, en man, 72 år.

De vid sidan av kön tydligaste kategorierna rör sexualitet och klass. Tretton kvinnor skildras som sexuellt problematiska: en som tidvis prostituerad, andra som promiskuösa, veneriskt sjuka, hypersexuella, födande utomäktenskapliga barn, otrogna, frånskilda. Fyra kvinnor har genomgått abort, fyra kvinnor har steriliserats, en kvinna har även kastrerats. Fyra kvinnor definieras som homosexuella, helt eller delvis (begreppen lesbisk och bisexuell används aldrig i journalerna). Också i männens journaler nämns sexualiteten. Om en man nämns att han en gång haft tidelag med en ko, dock utan att det tas som utgångspunkt för att definiera hans sexualitet; inte heller diskuteras att han levt tillsammans med två kvinnor utan att någonsin ha varit gift. En annan man var gift och hade barn med en kvinna, samtidigt som han var förlovad och levde med en annan – omständigheterna beskrivs, hans sexualitet bedöms dock inte. En tredje man hade våldsamma utbrott och antastade kvinnor sexuellt – men i hans fall tycks sterilisering eller kastrering aldrig ha varit något tänkbart alternativ, till skillnad från i de kvinnliga medpatienternas fall nämns det aldrig som en möjlighet. Det tycks som om männens (hetero)sexuella beteende ses som händelser och enstaka handlingar, inte som något som formar deras identitet. Inte heller tycks det uppfattas som speciellt problematiskt.

Av de 20 personer som var eller hade varit gifta var 17 kvinnor och tre män. Sex av kvinnorna hade därefter skilt sig; likaså en av männen. Två män var änklingar, varav den ena var omgift.

Fyra personer (tre kvinnor och en man) hade vuxit upp som fosterbarn. Två kvinnor var uppvuxna på sinnesslöanstalt, en annan tillbringade ungdomsåren på vanförestalt. Av de 50 hade 27 folkskola som sin enda skolgång. 15 kvinnor hade gått i flickskola, av dem tog två studenten vid flickläroverk; en man hade läroverksexamen; en kvinna hade akademisk examen. I denna grupp på 43 personer med känd utbildningsnivå fanns en företagare och en ingenjör (båda män), samt en tjänsteman och en lärarinna (båda kvinnor). Att ha arbetat som hembiträde var annars den vanligaste yrkesbakgrunden – så många som 15 av kvinnorna hade gjort det. Därtill fanns en städerska, en kokerska, ett sjukvårdbiträde, en fabriksarbeterska, tre sömmerskor och fyra kontorister (två masinskriverskor och två kontorsbiträden). En man hade tidigare varit hantverkare, en annan grovarbetare.

Patienter ur samhällets mellanskikt tycks ha varit relativt sällsynta under de svenska lobotomiernas två första år. Det är slående att de allra flesta lobotomipatienter befann sig i den lägre änden av samhällsskalan, patientgruppen är kraftigt dominerad av på olika sätt utsatta och sårbara kvinnor. Undantagen utgörs av några få patienter ur de

högre samhällsskikten: två män och tre–fyra kvinnor med ekonomiskt och/eller kulturellt mer stabila positioner. En möjlig tolkning är att dessa patienter och deras anhöriga hade kännedom om den senaste utvecklingen på psykiatrins område och att de därför speciellt sökte operation – de tillhörde det skikt av människor som var vana vid att ha tillgång till det senaste och förmodat bästa, oavsett vad. En kompletterande tolkning är att ramarna för vad som var socialt acceptabla beteenden var särskilt snäva i vissa kretsar, att priset för avvikelse var högt och att lobotomier erbjöd en potentiell utväg ur besvärliga situationer (detta kommer att exemplifieras nedan).

Vilka beteenden som uppfattades som alltför avvikande, som bortom normalitetens gränser, konstruerades i ett dynamiskt samspel med exempelvis kön, klass, civilstånd och sexualitet; vilka aspekter som vägde tyngst varierade från fall till fall. Min avsikt är att undersöka tidiga lobotomier som en intersektionell praxis – en praxis som (åter) skapar flera maktordningar samtidigt.<sup>12</sup> Vilka dessa maktordningar är är i mycket en empirisk fråga, direkt relaterad till patientgruppen (jag återkommer till detta). Hur normalitet görs i relation till exempelvis kvinnlighet, klass och sexualitet skiljer sig åt från hur det görs i relation till manlighet, klass och sexualitet.

Det finns en påtaglig tidsaspekt i de journaler som sträcker sig över längst tid. Ett beteende som betecknas som mycket problematiskt på 1930-talet kan på 1970-talet förstås i helt andra termer, vilket exemplifieras nedan. Trots att jag har valt att fokusera undersökningen till lobotomins introduktion och de maktordningar som skapas initialt bidrar de psykiatriska journalerna ändå med ett längre perspektiv. Om studien skulle utvidgas till att omfatta 1950-talets lobotomier skulle den sannolikt påvisa än större maktförskjutningar – hur vissa aspekter eller kategorier blir mer respektive mindre centrala, samt hur nya tillkommer.

Lobotomier uppfattades tidigt som en sista utväg, som något att pröva på de patienter som inte hjälpts av något annat. Bland dem fanns svårhanterliga kroniker: oroliga, aggressiva, våldsamma, sexuellt utagerande och ”osnygga” beträffande urinerings och avföring. En följd av det var att ett operationsresultat så småningom kunde lyda ”vårdtekniskt förbättrad”.<sup>13</sup> Denna och liknande formuleringar började användas under tidigt 1950-tal, som ett komplement till den tidigare vanliga graderingen ”arbetsförmögen”, ”hemskickad”, ”flyttad till öppenvården”, ”flyttad till en lugnare avdelning”, ”viss förbättring, flyttad till en bättre avdelning”, ”ingen förändring”, respektive ”död”.<sup>14</sup> Därmed kunde det frekventa operationsresultatet ”ingen förändring” nyanseras

yttre. För beträffande vården i vid bemärkelse gjorde operationerna oftast skillnad: lobotomerade patienter blev lugnare och mer lätthanterliga för läkare och annan sjukvårdspersonal. Genom att de kunde flyttas till lättare avdelningar frigjorde de också plats vid sina förra avdelningar.

### **Själen på operationsbordet – ”Anna”**

Beträffande den lilla gruppen lobotomipatienter ur samhällets högre skick är det förstnämnda tolkningsalternativet ovan (alltså att ha tillgång till och förvänta sig det mest moderna och avancerade) tänkbart i samband med åtminstone ett av fallen. Det rörde en 42-årig kvinna med högre utbildning, som hade arbetat en kortare tid innan hon gifte sig och fick barn. Sedan några år tillbaka led hon av nedstämdhet, trötthet och tarmproblem och hade sökt olika typer av medicinsk hjälp. I samband med en blindtarmsinflammation opererades delar av äggstockarna bort, varpå hon på grund av hormonella besvär genomgick en hypofystransplantation samt gavs hormonbehandlingar; därpå följde perioder med dagliga lavemang, elchocker, insulinbehandlingar, vitamininjektioner, sömnmedel. Enligt journalen hade hon vänt sig till psykiatrikern Snorre Wohlfahrt på Beckomberga efter att ha läst om lobotomier i tidningen: ”För pat. är operationen sista hoppet om hälsa. Hon har tidigare försökt alla behandlingar utan framgång. Har ’sedan 1943 varit totalt olycklig’, ’blivit förhäxad av mig själv’. Genom alla behandlingar ha även familjens ekonomi äventyrats.” Strax innan operationen var hon ängslig, men sade sig vilja bli opererad för sina barns skull: de tog enligt henne skada av att ha ”en sådan mamma”.<sup>15</sup>

I ett annat fall är det möjligt att kombinera den tolkningen med den andra (alltså normalitetens ramar i relation till en högre samhällsposition och lobotomi som en utväg ur en socialt besvärlig situation). Patienten i fråga var en 62-årig manlig företagare, gift och med vuxna barn. Han hade under lång tid besvärats av depressioner och vanföreställningar om att hustrun var otrogen. Efter att ha varit oförskämd mot vänner och affärsbekanta diagnosticerades han 1942 som presenil och intogs året därefter på Beckomberga. Depressionen och affektutbrotten fortsatte, permissionerna missköttes genom restaurangbesök och supande. Insulinkomabehandling sattes in utan någon större effekt; han började att använda allt grövre ord och uttryck av sexuell karaktär. I maj 1945 genomgick han en första lobotomi. Under sommaren blev mannen sämre, allt mer ”rå”, irriterad och svårhanterlig. I slutet av samma år utfördes en andra lobotomi vid Serafimerlasarettet, som inte heller den gav önskat resultat. Han fortsatte att vara

obehärskad och aggressiv; 1948 utfördes en tredje lobotomi. Drygt två veckor senare avled han i sviterna av operationen.<sup>16</sup> (Av de undersökta journalerna visar tre att patienterna avled inom några dagar upp till en månad efter ingreppet; ytterligare fyra dog inom loppet av ett halvt till tre år efter sina operationer. Enligt historikern Kenneth Ögren varierade mortaliteten initialt mellan 4 och 12,5 %; vid det av honom undersökta Umedalens sjukhusen låg den mellan 1947 och 1955 på genomsnittliga 7,3 %.<sup>17</sup>)

Majoriteten av de lobotomerade återfinns dock i det sociala spektrumets andra ände. Exempelvis var patient nummer 2 född utom äktenskapet, uppvuxen som fosterbarn samt vid sinnesslöanstalt. Därefter följde en praktiskt inriktad yrkesskola genom barnavårdsnämndens försorg. Hon hade intagits på Beckomberga vid 22 års ålder och beskrivs i journalen som imbecill, orolig, oordnad, aggressiv och med ”explosiva urladdningar, då hon grälar, svär och är våldsam.” 1944, vid 30 års ålder, lobotomerades hon en första gång, därefter en andra gång 1945 och en tredje 1947.<sup>18</sup>

Många av patienterna tillbringade större delen av sitt liv på institutioner. En av dem som ur ett längre perspektiv gjorde mest motstånd mot de ramar som sattes för hennes livsbetingelser var den kvinna som lobotomerades som patient nummer 8 i ordningen, ”Anna”. Föräldrarna var separerade, fadern välutbildad men alkoholiserad; modern försörjde sig och dottern med textilarbete. I remissen från Beckomberga till Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik nämns att Anna hade utvecklats sent till följd av en förlossningsskada, att hon hade vuxit upp på sinnesslöanstalt samt tidigt visat tecken på vad som kallades för ”hypersexuella drag”. År 1933, 22 år gammal, genomgick hon en abort och steriliserades;<sup>19</sup> 1934 intogs hon för första gången på Beckomberga; 1936 kastrerades hon. Den senare operation tycks emellertid inte ha fått avsedd verkan: ”Klagar ständigt över sina sexuella besvär som äro synbarligen av auto-[masturbatorisk] homo- och heterosexuell art. De ha ej minskat efter kastreringen.” Psykiskt beskrevs Anna som imbecill och ”tjatig”, dock med ”rätt bra reda på sig”. År 1944, vid 33 års ålder, blev hon lobotomerad: ”Ändamålet med operationen skulle närmast vara att befria pat. från hennes med inre spänning och oro förenade sexuella besvär, vilka periodvis omöjliggör hennes vistelse i hemmet.”<sup>20</sup>

Att lobotomi var en ny operation innebar att den var vetenskapligt högintressant både för psykiatrin och neurokirurgin. Neurokirurgerna ville förstås veta hur operationerna påverkade patienterna efteråt. Därför ombads antingen patienterna själva, alternativt deras förmyndare eller läkare, att sända en kort hälsorapport till neurokirurgen varje år. I december 1945 meddelar psykiatrikern Fredrik Stjernberg en positiv utveckling

för Anna, som enligt honom hade blivit lugnare och nu kunde vistas i hemmet: ”De sexuella tankarna besvära henne fortfarande en del men hon är numera heterosexuellt inriktad. Hon sysslar med stickning och dyl. men någon större arbetsförmåga är ju på grund av hennes tidigare vanförhet ej att vänta.”<sup>21</sup> Här skildras hon som bättre överensstämmande med önskad sorts kvinnlighet som konstitueras i samspel med ålder, civilstånd och klass: som ogift och relativt ung vistas hon i moderns hem; hon är heterosexuell men avhållsam; har viss och lämpligt inriktad arbetsförmåga.

Ett år senare rapporterar Stjernberg att Anna under en period varit inlagd för insulinbehandling på grund av sexuella tvångstankar. ”F.n. vistas pat. i hemmet. Känner sig på det hela taget rätt lugn men besväras av en viss homosexuell fixering till en dam i sin bekantskapskrets. På det hela taget är pat. nöjd med operationen.”<sup>22</sup> I januari 1948 meddelar han att hon har varit intagen under ytterligare ett par perioder och fått insulinbehandling mot oro och nedstämdhet. I skrivande stund vistas Anna i sitt och moderns gemensamma hem: ”Tycker sig i stort sett vara oförändrad efter operationen. Har liksom förut passiva homosexuella känslor till olika kvinnor i sin omgivning och plågas av dessa. Däremot inga känslor i förhållande till män. Objektivt förefaller nog pat. åtskilligt lugnare än före operationen, men periodvis kommer en viss oro och hon söker sig då gärna till sjukhuset. Liksom förut rätt omständig och tjatig.”<sup>23</sup> Här bedöms Anna som mindre adekvat i förhållande till normen än tidigare, som att hon befinner sig längre bort från grundläggande kriterier för normalitet.

De tre sista rapporterna till neurokirurgen skrevs av Annas mor och var betydligt mer uppgivna i tonen. I dem beskrivs dottern som inte ”det minsta bättre”, snarare försämrade. Efter flera perioder på Beckomberga intogs hon åter permanent sommaren 1953.<sup>24</sup>

Också Annas omfattande journal från Beckomberga uppehåller sig speciellt vid det sexuella. Vid intagningen 1934 beskrivs hon som lindrigt imbecill, ett intryck som sades förstärkas av hennes talrubbing och spastiska rörelser (först på 1970-talet får hon diagnosen cerebral pares). Det efterblivna motsägs i viss mån av att en tidig intelligensundersökning visade sig utfalla ”rätt bra”; hon benämns även som väluppfostrad. Några dagar senare sägs dock undersökningen ha visat att hennes så kallade intelligensålder motsvarade ett knappt 9-årigt barns. Det är denna uppgift som senare följer henne genom journalen.

Vid sidan av oroliga och stundtals fysiskt våldsamma utbrott tycks det största problemet ha varit Annas erotiska intresse. I februari 1935 får hon klagomål för att hon

”gärna sällskapade med manliga patienter på vägen” varpå hennes frigång drogs in. Vid samtal med underläkaren berättade hon att hon kände sig plågad av sin ofärdighet, att ”[h]on hade ett sådant behov att älska inom sig, men kunde aldrig få utlopp för dessa känslor. De voro så starka, antingen måste pat. älska en man eller en kvinna. Ofta vore hon kär i kvinnor.” Läkaren kommenterar att ”[d]et är påfallande att pat. tycker om att tala om sina erotiska bedrifter. Beträffande det sista äventyret [med en man på en granrisbädd i skogen; Anna fick sina händer sönderrivna] vidhåller hon fortfarande att det inte förekommit ngt. allvarligt dem emellan, att hon visst inte tyckt att mannen varit tilldragande, men att han trängt sig på henne.”<sup>25</sup>

Om granrismannens beteende ifrågasattes eller ej framgår inte av Annas journal, men av vad jag har sett av journaler över män så bedömdes deras heterosexuella beteende enligt en annan värdeskala än den för kvinnor. Övergrepp kunde i vissa fall uppfattas som den kvinnliga motpartens problem, snarare än mannens. Vad som definierades som övergrepp var dessutom relaterat till specifika typer av maskulinitet och femininitet, som konstituerades i samspel med exempelvis klass och etnicitet. Om Anna hade haft en annan klassmässig status, inte varit så kallat vanför, samt haft en annan personlig historik så hade kanske hennes uppgifter mottagits annorlunda.

Läkaren nämner även att Anna fått klagomål för att ha varit ”lat och ointresserad på arbetssalen, ej suttit stilla vid sin väv”. I mars beskrivs hon som svårdisciplinerad och flyttas till en strängare avdelning; i april flyttas hon än en gång av samma skäl. I augusti beskrivs hon som ”omdömeslöst optimistisk och oförmögen att taxera sina färdigheter.”<sup>26</sup> Journalen fortsätter därefter enligt dessa tematiker: sexuella känslor och utagerande varvas med disciplineringsvårigheter, perioder av lugn och foglighet, försöksutskrivningar och återintagningar. Det var inför en av dessa försöksutskrivningar, i januari 1936, som hon kastrerades. Operationen framkallade klimakterium hos den då knappt 25-åriga Anna, men påverkade annars inte hennes beteende. Något senare liknar överläkare Wohlfahrt henne vid ”ett bortskämt barn” som tjarar om ”att hon längtar efter att bli gift” och som dessutom är svårtillrättavisd, pretentiös och besvärlig.<sup>27</sup> Hon visste inte sin plats och ägnade sig därtill åt olika typer av oönskat och otillåtet gränsöverskridande. Hon uppvisade kort sagt inte rätt sorts kvinnlighet.

Efter en försöksutskrivning 1939, då hon blivit förälskad i en kvinnlig frälsnings-soldat, beskrivs Anna som imbecillt larvig, gråtmild och blödig. Hösten 1941 omyndigförklaras hon; hon är då utskriven under en period av ett och ett halvt år. Sommaren 1942 återintar hon på egen begäran ”då hon inte längre står ut utan att få hjälp”:

Det är det sexuella som vanligt som besvärar pat. Blir så förtvivlad över detta. Blir förtjust i kvinnor och lider av det onaturliga. ”Måste komma in ett tag för jag är maktlös för tvångstankarna.” Orkar ej med att bli kär i kvinnor och samtidigt få aversion mot dem. Vill bli hjälpt och sedan få arbete. Har gått och sytt på [en hjälpporganisation] men man kan inte längre ha pat. där utan hon har för ung. en vecka sedan fått sluta, då hon ej kan försörja sig på det. ”Att jag inte kunde arbeta berodde på att jag blev nervös av det sexuella.” Gråter och tycker inte att hon har något att leva för ”när man varken kan arbeta eller älska.”<sup>28</sup>

Annas gråt och förtvivlan över livets tomhet uppfattas som störande på avdelningen och hon behandlas med allt högre doser av insulin; därefter med preparatet sulfosin. De ”homosexuella besvären” fortsätter, under 1944 riktas de mot en avdelningssköterska. Enligt journalen erkänner Anna öppet att hon onanerar; hon sägs dessutom vara illa sedd av de andra salspatienterna. Journalanteckningarna fram till lobotomioperationen i september samma år gäller huvudsakligen hennes samkönade sexuella intresse. Hon ångrar att hon lät sig kastreras (”det var det dummaste jag kunde ha gjort”, citeras hon), men lär gärna vilja bli lobotomerad.<sup>29</sup> Det blev hon den 18 september – dock utan någon påtaglig effekt.

Åren därefter flyttas Anna mellan Beckomberga, moderns hem och vårdhem. Under 1950-talet utvecklas allt fler medicinska preparat: hon ges isomyl, largactil, hibernall, cetiproman, diphydan, pentymal, flexin, restenil och akvavimin; parallellt fortsätter insulinbehandlingen. Modern dör i slutet av 1950-talet. På 1960-talet tillkommer nozinan, librium, tilafon, suspenin, sobril, haldol, mallorol. Nu och vidare på 1970-talet blir journalanteckningarna alltmer kortfattade och mindre värdeladdade, också i samband med de sexuella tvångstankar som fortsatte att oroa henne.

För även om de sedan 1930-talet upprepade bestraffningarna, alternativt behandlingsmetoderna, av hennes samkönade erotiska begär inte ansågs ha haft någon större effekt på hennes beteende så tycks de ändå ha resulterat i att ett starkt självhat mot detta begär växte fram. Självhatet, som kan förstås som en internaliserad homofobi, resulterade också i en stark motvilja mot kvinnor i allmänhet. Enligt journalen vill Anna helst enbart träffa manliga läkare och manlig vårdpersonal; särskilt illa tycker hon om kvinnor som är vänliga mot och väcker känslor i henne. Annas livs- och patienthistoria sammanfaller med de övergripande förändringar som skedde i förhållande till (homo)sexualitet, och med hur konceptuella och institutionella förändringar återverkade på samhälle och individer i samband med att homosexualiteten avkriminaliserades 1944. Samma år antogs kastreringslagen, som gav formell möjlighet att utföra kastrering utan



eget samtycke. Därmed behölls alltså en rättslig kontroll över homosexuella handlingar, avkriminaliseringen till trots.<sup>30</sup>

Hösten 1968 säger sig Anna vantrivas både på Beckomberga och det senaste vårdhemmet, men eftersom hon lever under knappa ekonomiska förhållanden och saknar anhöriga så saknar hon också boendeanternativ. Från våren 1969 omnämns att hon får permissioner för att besöka sin ”manlige bekant”; våren 1970 omnämns denne som hennes fästman (”Gustav”). Hon får fortsatta permissioner för att besöka honom, han besöker i sin tur henne på avdelningen. Sommaren 1970 berättar hon vid ett överläkarsamtal att hon åter lider av sexuella tankar om kvinnor och att hon finner det ytterst plågsamt. Våren 1971 flyttas hon till ett sjukhem, men behåller kontakten med Beckomberga. Hon fortsätter att träffa fästmannen och i december får hon genom ett läkarintyg tillstånd att flytta ihop med honom. Paret har dock svårigheter att finna en lägenhet. I februari 1972 beskrivs Anna som ”en välvårdad 60-åring, som ser betydligt äldre ut”. Det påpekas att hon ”får mycket hjälp utav sin fästman med klädsel och med skötsel över huvud taget. Hon uppskattar honom mycket, ’han är så snäll’.”<sup>31</sup> Gustav fortsätter att bearbeta diverse myndigheter i lägenhetsfrågan; våren 1972 avges ytterligare ett läkarintyg över hennes psykiska status med avseende på boendet.

I ett läkarsamtal under våren 1973 beklagar Anna både sin omyndighet och att behöva ha fästmannen som förmyndare. Läkaren antecknar att hon ”klarar av enklare räkneexempel, kan läsa inantill, känner igen de olika mynten.” Gustav uppger att de har det bra tillsammans, att hon inte har några vredesutbrott hemma, inte slösar och att ”hon kan räkna pengar.”<sup>32</sup> Några dagar senare utfärdas ett läkarintyg för myndigförklaring; under sommaren meddelar tingsrätten att hon inte längre står under förmyndare. Därmed är hon, efter nära 32 år, åter myndig.

Missnöjet med livs- och boendesituationen består och engagerar nu läkarna på Beckomberga. I oktober ringer en av dem till placeringsbyrån å hennes vägnar

Förklarar att pat. och [Gustav] under lång tid bott i hans etta och att pat. sista tiden endast vistats på sjukhemmet 1 à 2 nätter per vecka. Jag bedömer det som en mycket god test på paret's funktionsnivå och ber enträget att pat. och [Gustav] skall få plats på ---.<sup>33</sup>

Samtalet med placeringsbyrån visar sig vara framgångsrikt – knappt två månader senare kunde paret flytta in i en gemensam bostad.

Efter att ha tillbringat större delen av livet på institutioner, varav närmare 40 år av intagningar på och utskrivningar från Beckomberga, fick Anna till sist ta del av det liv som hon sagt sig längta efter redan i 1930-talets journaler: med kärlekspartner och ett eget hem. Det resulterade även i något som skiljer hennes journal från så många andra förda över lobotomerade och långvarigt intagna patienter – nämligen att den inte slutar med ett obduktionsprotokoll som sista institutionella markering.<sup>34</sup>

### Intersektionalitet

Anna kan både liknas vid och kontrasteras mot andra patienter. Att som i hennes fall vara homo- alternativt bisexuell, därtill vanför, lågutbildad och med knappa ekonomiska omständigheter – det innebar att ha en mycket utsatt position. Anna uppfattades knappast som representant vare sig för adekvat kvinnlighet eller någon form av normalitet. Hon tycks ha befunnit sig i en konstant kamp om handlingsutrymme där enbart hennes eget agerande aldrig skulle visa sig vara tillräckligt – det krävdes tid och större samhällsförändringar innan hon, först mot slutet av sitt liv, lyckades nå en större grad av självbestämmande.

Detta, att uppvisa flera avvikelser från norm(alitet)en, hade Anna gemensamt med många lobotomipatienter, även bland dem som från och med 1946 opererades utanför storstäderna. En av de tidigaste var en man från ett sinnessjukhus i en mindre svensk stad, som opererades i maj detta år. I sjukhusets årsberättelse beskrivs han som ”imbecill, asocial psykopat (organiker, tattare) vårdad å fasta paviljongen och en av de mest svårskötta sjuka”. Efter operationen sades han ha blivit mindre aggressiv och därmed mer lättvårdad, varpå han kunde överföras till områdets huvudsjukhus.<sup>35</sup>

Dessa båda fall kan knytas till en av lobotomistudiens mest centrala frågor – den om maktordningars relationer. Hur kan jag på mest fruktbara sätt empiriskt undersöka och bidra till att synliggöra dem?

*Hur* diverse maktordningar eller kategorier samverkar, samt hur de ska kunna undersökas tillsammans, har debatteras under lång tid. Inom feministisk forskning handlade det länge om att finna vägar för att analytiskt kunna kombinera kön och klass, alltså en tvåsystemsteori.<sup>36</sup> Senare har det förts en internationell debatt om hur man ska kunna hantera flera maktordningar samtidigt, exempelvis kön, klass, ras, sexualitet.<sup>37</sup> I Sverige tog debatten fart på allvar med den kritik som bland andra Paulina de los Reyes, Diana Mulinari och Irene Molina riktade mot dagens humanistiska och samhällsvetenskapliga forskning. Med inspiration från postmodern feministisk teori, postkolonial teori, black

cultural studies och black feminism översatte och lanserade de begreppet intersektionalitet på svenska. Genombrottet kom 2002 med antologin *Maktens (o)lika förklädnader: Kön, klass & etnicitet i det postkoloniala Sverige*. Med sina vetenskapliga bakgrunder i genusforskning var det den som de främst pekade de ut. Därefter har det skrivits artiklar och böcker, hållits konferenser och startats doktorandkurser och forskningsprojekt om intersektionalitet. Det stora intresset visar att intersektionalitet har något som attraherar forskare från olika fält. Att begreppet vill sätta vithetens och svenskhetens hegemoni under lupp är en orsak, tidigare har det gått trögt att etablera etnicitet och hudfärg som analytiska kategorier. Men det är också tydligt att det finns behov av sätt att undersöka hur diverse maktordningar interagerar – eller kanske snarare *intra*-agerar, som Nina Lykke har påpekat.<sup>38</sup>

Kritikens kärna är att (genus)forskningen till stora delar är etnocentrisk, att den är blind för etnicitetens och inte minst vithetens betydelse. Genus (eller kön) har enligt de los Reyes, Mulinari och Molina alltför ofta använts som en allt överskuggande kategori, som inte har lämnat utrymme åt analyser av makthierarkier *inom* grupperna kvinnor respektive män. Det stora undantaget gäller klass: klasskillnader uppmärksammas och klassperspektiv finns ofta med.<sup>39</sup> Likaså finns en generell medvetenhet om kulturella faktorerens betydelse. Men de senare brukar falla in i en slags etcetera-fil för övriga differentierande kategorier, framförallt etnicitet/ras, sexualitet, ålder/generation samt funktionsförmåga/funktionshinder.

Huvudinvändningen bland de kritiska röster som höjts är att begreppet intersektionalitet inte medför något egentligt nytt – att tänkandet kring klass, kön, etnicitet och sexualitet samt ålder och funktionshinder mer eller mindre uttalat har funnits på agendan inom fältet kvinnoforskning, feministiska studier och genusstudier under de senaste 20 åren.<sup>40</sup>

Att formulera uppgifter för intersektionalitetsforskning kan vara kontroversiellt, exempelvis att som de los Reyes och Mulinari i *Intersektionalitet: Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap* (2005) hävda att en del intersektioner är mer betydelsefulla än andra. Såvitt jag förstår menar de att analyser av kön, klass och etnicitet/ras har – och bör ha – primat.<sup>41</sup> Men att rangordna denna kategoritriologi före exempelvis ålder, sexualitet, funktionshinder eller politisk tillhörighet är problematiskt, inte minst i förhållande till teoretiskt närliggande områden som queerteori och så kallade crip studies.<sup>42</sup> de los Reyes och Mulinaris argument utgår från att kön, klass och etnicitet/ras är knutna till beständiga former av olikhet, medan exempelvis ålder följer livscykeln och

därmed är övergående. De hävdar att även om funktionshinder och sexuell identitet kan ligga till grund för marginalisering och förföljelser av ”de människor som förkroppsligar dessa skillnader”, så rör sig detta ändå framförallt om skillnader som är verksamma på en individuell nivå.<sup>43</sup> Kön, klass och etnicitet/ras är däremot inte övergående, utan ”utgör bärande former för samhällets organisering och fördelning av symboliska och materiella resurser på individuell, institutionell och strukturell nivå.”<sup>44</sup> (Påpekas bör att de i andra sammanhang tillerkänner intersektionen med sexualitet en betydligt större betydelse, som tillsammans med klass, ras/eticitet är konstituerande för att ”göra kön”.<sup>45</sup>)

I min empiri är exempelvis sexualitet och ålder ålder betydelsefullt på ett sätt som de los Reyes och Mulinari inte tar i beaktande. Ålder konstrueras som en gräns mellan vuxenhet och barnslighet. *Vuxenhet*, att vara vuxen på rätt sätt och i rätt ålder, är centralt för görandet av normalitet – och det handlar om mer än fysisk ålder. Vissa utdefinieras från normaliteten genom en simultan (brist på) vuxenhet och (felplacerad) barnslighet. Anna är ett exempel på det: hennes intelligens graderades som normal för ett nioårigt barn, däremot *inte* som normal för en sexuellt aktiv kvinna. För hennes del resulterade denna ordning i kategorierna i sterilisering, kastrering, lobotomi och omyndighet. För Anna och andra uppfattades den förment bristande vuxenheten inte som något övergående, utan snarare som något beständigt och definierande som kunde påkalla omyndighet, sterilisering och äktenskapsförbud. Därmed begränsades livsutrymmet kraftigt.

Centralt för de los Reyes och Mulinari med flera är vikten av att diskutera rasism. Anledningen är att begreppet etnicitet ofta används som en skönskrivning för en maktbemängd etnisk rangordning. Under de senaste decennierna har begreppen rasism och ras, eller snarare sociala föreställningar om ras, fått en allt starkare ställning i anglosaxisk forskning, exempelvis inom black feminism och black cultural studies. de los Reyes och Mulinari hänvisar till Stuart Halls definition av ras som ”en relationell kategori som kopplar rasifierade former av underordning till de privilegier som associeras till vitheten.”<sup>46</sup> Kulturgeografen Irene Molina formulerar detta som att *ras* är en social konstruktion, *rasifiering* en materiell process.<sup>47</sup> Att begreppen ofta har undvikits på svenska då de uppfattats som alltför laddade har haft sina konsekvenser – det är först när ras synliggörs som betydelseskapande kategori som det blir möjligt att analysera *vithet* som maktposition.<sup>48</sup>

Genom att normer och det normativa är centrala för intersektionella studier produceras kunskap som kan användas emancipatoriskt av (grupper av) avvikande och/eller underordnade. Fullt utförda intersektionella analyser av hur makt och underordning skapas i relation till kategoriseringar baserade på kön, klass och etnicitet/ras har potential att utmana etablerade föreställningar om exempelvis det svenska folkhemmet. Det innebär att forskningsresultaten bör kunna användas samhällspolitiskt.

Vad gäller medicinshistoria har Irene Molina och Paulina de los Reyes faktiskt kommit med en direkt uppmaning: de efterlyser forskning kring ”samhällets rasifiering”, preciserat som undersökningar av den ideologiska kontinuiteten mellan 1) det rasbiologiska tänkande som enligt dem präglade och legitimerade de kolonialistiska maktförhållandena och som än i dag är närvarande i ett globalt perspektiv; samt 2) marginaliseringen av invandrade personer, speciellt från utomeuropeiska länder.<sup>49</sup>

Mitt pågående projekt berör dessa forskningsimperativ. I de olika arkivmaterialen, som rör sig på nivåer som spänner från institutionellt till individuellt, varierar kategoriernas betydelse. Vilka som är aktuella för analys, och när, är enligt min uppfattning i hög grad en empirisk fråga – i det instämmer jag med statsvetarna Maria Carbin och Sofie Tornhill.<sup>50</sup> Men det är *också* en analytisk och politisk fråga.

### **Lobotomi som intersektionell praxis**

Efter arkivarbetet, där jag alltså har gått igenom tjuugoett års årsberättelser från de svenska sinnessjukhusen till medicinalstyrelsen (från 1940 till 1960), sextio patientjournaler över personer som blev lobotomerade vid Serafimerlasarettet under 1944 och 1945, samt arbetat med femtio patientjournaler från Beckomberga, började jag att tänka kring ingreppet lobotomi som praxis. Genom att välja patienter för lobotomier görs bland annat kön, klass, sexualitet, nationalitet och ålder/vuxenhet. De görs samtidigt och i relation till normalitet och avvikelse – och också till professionalitet. Valen görs inom psykiatrins och sinnessjukvårdens kontext, en kontext som enligt min uppfattning vare sig kan eller bör separeras från det övriga samhället och kulturen. I enlighet med det anser jag det också som relevant att anlägga ett intersektionellt perspektiv.

I många sammanhang är den för delar av intersektionalitetsdebatten så centrala kategorin vithet fortfarande kontroversiell. Invändningar mot att undersöka vithet i exempelvis en svensk historisk kontext kan motiveras med att begreppet är anakronistiskt. En annan invändning (ofta underförstådd) är att vitheten har saknat betydelse för att den i en nationell kontext inte har haft något att kontrasteras mot. Och även om det

finns kontraster – minoritetsgrupper som samer, romer eller tattare/resande – handlar det om *vithet*? Visst är väl också ”de” vita? Är det inte snarare en fråga om etnicitet eller nationalitet?

Nationalitet har ofta varit ett instrument för att rangordna graden av vithet bland vita, och därmed för att skapa hierarkier även bland exempelvis nordeuropeiska länder och befolkningsgrupper.<sup>51</sup> En tydlig form av nationalitet med normativa övertoner har använts i syfte att avgränsa och definiera sig själv (här Sverige och det svenska) i förhållande till grannländer. Även om kategorierna vithet (ras), etnicitet och nationalitet ofta glider samman, så anser jag ändå att vithet är användbart som *analytisk kategori* – också i samband med material där det inte nämns explicit. Det går knappast att förneka att vithet har varit, och fortfarande är, en förgivettagen del av *det svenska*.<sup>52</sup> Det går inte att isolera Sverige och det svenska från resten av världen – så inte heller från kolonialistisk vetenskap eller kulturella föreställningar om andra folk, exempelvis olika typer av berättelser om *indianer, infödingar, vildar*.

Mitt material rymmer flera exempel på hur nationalitet och etnicitet även kan åberopas och användas i samband med inhemskt majoritetsetniska medborgare. Ett exempel på hur det har skett i vårdsammanhang och läkarpraxis gäller de argument som ett vårdhem använde för att bli av med en manlig patient. Mannen ifråga sades vara ”synnerligen besvärlig” för personalen och hotfull och skrämmande för medpatienterna:

Han har säkert tattarpåbrå, verkar på ytan godmodig, men samtidigt opålitlig och benägen för affektutbrott. Han är hyperthym till sin läggning [kan bli maniskt upphetsad], därtill skallskadad och lider sannolikt av en progredient schizofren process med alltmer framträdande demens.<sup>53</sup>

Genom att på rasbiologiskt manér knyta mannen till en i samtiden illa sedd minoritet förstärker läkaren, som 1950 skrev den vårdattest som citatet är hämtat ur, allvaret i patientens psykiska hälsotillstånd. Detta skulle kunna förstås som en form av rasifiering på individuell nivå: läkaren gjorde en spekulativ koppling mellan ras/eticitet, ärftlighet och prognos. Skulle en kombination av skallskada och ett möjligt tattararv kunna förklara mannens schizofreni och våldsamt? Läkaren fullföljer inte resonemanget men det är den tolkningen som antyds mellan raderna. Hans utlåtande fick också avsedd effekt: vårdhemmet kunde överflytta sin svårskötta patient till Beckomberga sjukhus.

Vid denna tid rådde skilda meningar om hur gruppen tattare skulle förstås: som en etnisk grupp eller som en sociologisk grupp eller vad vi idag skulle kalla för subkultur?

Liksom många av sina samtida kollegor anslöt sig läkaren ovan till en biologiserande uppfattning, som bland annat kan identifieras genom användningen av benämningar som "blandras", "zigernaravkomlingar" etc. Men även om förståelsen av tattarnas gruppstatus kunde variera så var uppfattningen av dem som ett problem genomgående. År 1942 hade regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag att utreda den så kallade tatarfrågan. Enligt etnologen Birgitta Svensson gällde en av utredningens huvudfrågor just detta: vem är tattare? Hur kan tattare definieras och identifieras?<sup>54</sup>

Hur kön, klass, sexualitet, vanförhet och ras/ethnicitet görs i termer av ärftlighet och psykiska och sociala problem på en mer strukturell nivå finns det gott om exempel på i sinnessjukhusens årsberättelser. Under den period som jag har granskat intar en undersökning över fyra så kallat intellektuellt undermåliga eller oligofrena släkter i Malmö en framträdande plats. Jag anser att den rasbiologiskt grundade malmöundersökningen bland annat bör förstås mot bakgrund av att Malmö Östra sjukhus hade mycket dålig ekonomi, besvärande personalbrist, stor överbeläggning, växande köer med patienter som väntade på intagning – samt i princip inte någon tillgång till lobotomioperationer. Köerna var långa till den neurokirurgiska kliniken vid Lunds universitetssjukhus, under 1948 och 1949 lyckades Malmö Östra enbart få en patient opererad per år. Allt detta uppfattades som mycket problematiskt.<sup>55</sup> Det tycks ha varit för att i någon mån kompensera dessa tillkortakommanden som släktstudien gjordes. Det övergripande syftet formulerades som "att främja vetenskapen till gagn för den samhälleliga utvecklingen."<sup>56</sup>

Undersökningen bestod huvudsakligen av upprättandet av ett register vid Malmö Östra sjukhus, som innehöll journaler med uppgifter om släktskapsförhållanden, sjukhistorik och testresultat, samt en social status eller diagnos. Den senare baserades på uppgifter från olika typer av hembesök samt från "olika sociala institutioner" (uppgifter om anstaltsvård, fattigvård, arbetslöshetsunderstöd, folkpensioner, bidragsförskott, mödrahjälp och särskilda barnbidrag). Det skrevs också ett par arbetsrapporter varav en fokuserar på vad släkterna ditintills beräknades ha kostat socialvården.<sup>57</sup> Släkt för släkt ges korta individuella omdömen (imbecill, djupt undermålig, kvarsittare, hjälpklassare, retlig, kroppsligen klen, höggradigt asocial, hållningslös, sexuellt vidlyftig, steriliserad, alkoholiserad) samt anteckningar om ålder, kön och släktskapsrelationer. Den sammanlagda samhällskostnaden för de fyra problemsläkterna beräknades till cirka en halv miljon kronor.<sup>58</sup>

Två av släkterna sades domineras av "tattare". Detta överraskade inte rapportförfattaren, som utgick från att det var ett konstaterat faktum att tattare och andra

individer av så kallad ”blandras” ofta låg samhället till last. Den slutsats som dras är att det ligger i samhällets intresse att lösa det så kallade ”oligofreniproblemet” (oligofreni var ett paraplybegrepp för diagnoser som idioti, imbecillitet och debilitet). Även om flera av släktmedlemmarna omnämns som steriliserade, så är det ändå inte sterilisering som uttryckligen anges som lösningen på ”problemet”.

Istället använder författaren kostnadsberäkningen som argument för att forskning inom psykologi, psykiatri och sociologi i framtiden bör få större statliga anslag. Vad var det som låg bakom ”arbetsovilligheten, slappheten, det nedsatta omdömet, den allmänna asocialiteten, etc.”? Gemensamma ansträngningar över vetenskapliga disciplinränsor efterlystes för att kartlägga det komplicerade samspel av faktorer som tillsammans skapade ”psykiskt abnorma människor”.<sup>59</sup>

### **Folkhemska fantasier, eller: var kan man hitta kontexten?**

*Vi vill att vår Miss Sweden ska vara en skönhetsdrottning av helt ny typ – inte någon konstlad, banal glamour-girl, utan helt enkelt den friska, sportiga svenska idealflickan: en ung välbyggd flicka, normalbyggd, med torra läppar och stripigt hår. En rosenkindad ung flicka av ”nordisk” landstyp, medellängd, något gänglig. En kraftigt byggd flicka med friskt utseende och tämligen grova drag, välnutrierad och tämligen muskulös. Inga missbildningar eller deformiteter. Inga yttre tecken på sjukdom.*

*Och vi är säkra på att en sådan flicka har de största förutsättningarna i den europeiska skönhetskonkurrensen: en medelålders kvinna av pyknisk typ, regelbundna, behagliga ansiktsdrag, livlig och uttrycksfull mimik, hurtiga, energiska rörelser. Med livlig ansiktsfärg, lätt skiftande, håret tämligen allmänt grånat. Av finskt utseende med rätt utstående öknben. Synnerligen späd, infantil, mager. Blek hudfärg.*

*Hon finns i tusental i vårt i fråga om kvinnlig fägring lyckligt lottade land: spenslig, med rätt klen hull. Dockansikte. Gracil asthenika, ser betydligt yngre ut än åldern. Hull i underkant, muskulatur ordinär. Mager, gänglig leptosom med rött hår och blå irides. Händerna kalla, cyanotiska, fuktiga. Scolios. Ngt mager, ej blek, kalla händer och fötter. Rätt gracil men brett ansikte, ingen utpräglad Kretschmer-typ. Från vänster näsborre rinner rikligt med gröngult fult var.*

*Den vältrimmade, leende flickan som i perfekt balans klarar de branta fjällsluttningarna i susande slalom: en storväxt, kraftigt byggd kvinna med rikligt hull, snarast atletisk typ, med frisk blommande ansiktsfärg, ljusa färger, håret ljust, irides blåa. En närmast leptosom typ. Kroppsbyggnad antydd pyknisk. Muskulatur utan anmärkning, hudfärg*



ordinär. Liten, blek, tänd av uttalad astenisk typ. Gråblek ansiktsfärg. Ytterst mager. Tänder delvis fula.

*Den brunbrända seglartösen som både är ett läckert kuttersmycke och en förstklassig gast:* hull och muskulatur väl utvecklad. Röd, litet acneförsedd hudfärg. Kroppsbyggnad närmast pyknisk. Hudfärg något blek, ljus, hårfärg ljus. Gracilt byggd, under medellängd. Mager, klen muskulatur. Astenisk, blek. Rödkantade ögonlock. Tänder ej lagade, en del ganska trasiga. Handsvett.

*Den långbenta, spänstiga flickan som vi möter på skogspromenader eller cykelsestrar:* blek, mager, höggradigt astenisk; pendulerande mammae, sekundära könskaraktärer annars utan anmärkning. Dysplastisk kropps-konstitution. Synnerligen fet. Små mammae med indragna mammillae. Håret tjock och burrigt (negerkrull). Hyn frisk. Håret ljust. Irides blåa. Plattfötter. Tämligen korpulent, liten och satt till växten. Påfallande brett halsparti, på halsens framsida veckig påsighet som simulerar vid ytlig aspekt strumös bildning, mammae stora, slappa, mjölkförande, stora areolae. Förgråten medelålders med ganska mycket grått hår. Leptosom kroppsbyggnad, ganska mager, slapp muskulatur.

*Våra fulländade gymnaster, våra styva idrottsflickor:* dysplastisk-leptosom kroppstyp med klumpigt huvud och liten haka. Ser något yngre ut än hon är. Hängbröst, behåring i axiller och å pubes normal. Skuggning å överläppen. Något slappt hull. Mager och blek; kraftigt, nästan maskulint byggd.

*Bland dem finns den riktiga Miss Sweden, som med heder kan representera Sverige:* hon är chosig och tillgjord; förefaller vara en svåråtkomlig, förhärdad infantil psykopat, loj på ytan med latent effekter. Ger ett intryck av demens, flabbar tomt, svårbegriplig i sitt tal. Ser mkt välvårdad ut, på ett dockaktigt sätt, betydligt yngre ut än åren ange. Har ett sammanbitet uttryck över ansiktet, svaltt och hårt, men ej ovänligt. Ser oftast bort, ler ej sällan ett stelt leende.

Hon uppgav sig vara Hans Majestät Konungens dotter och i denna sin egenskap ville besöka Konungen. Hon uppgav vidare, att hon i drömmen fått ett brev från Konungen, i vilket brev denne uppmanade henne att besöka honom på Kungliga Slottet. Fröken Sverige uppträdde vid tillfället mycket virrigt och försökte tränga sig in i Slottet, varför hon med våld måste föras från platsen och därefter avfördes till kriminalpolisens kvinnliga avdelning. Mycket smutsig, sönderriven och urinstinkande vid inkomsten. Rivmärken här och där på kroppen. Kryper sakta omkring under samtalet, sitter och plockar med kudden som en förskrämd fågel, sträcker försiktigt ut en hand efter något föremål. Förefaller utomordentligt sluten och räddhågad, ej utan en aning förskruvning.

Haft ett otal sexuella förbindelser. Gonokocker 1926, behandlad på S:t Göran. Säger sig ha haft ett av dessa ”sällskap” i somras men det hela dog bort efter några intimare umgängen; flackt och affektlöst liksom tydligen alla hennes tidigare förbindelser. Aldrig tal om äktenskap.

Är detta möjligt? Ja. Nej. Jo. Ovanstående är en hybridtext, ett kollage där jag sammanför två sammanhang som enligt min förståelse är inbördes relaterade.<sup>60</sup> Att sammanställa formuleringar från utlysningen av den första Fröken Sverige-tävlingen 1949 (de kursiverade meningarna som inleder varje stycke) och uppgifter om *status somaticus* (en kort beskrivning av patienternas kroppsliga hälsotillstånd) hämtade ur beckombergajournalerna, kan givetvis ses som disparat, inkompatibelt och ovidkommande. Men jag menar att innehållet i texterna kan förstås i termer av ideal och hot- eller motbilder – de ingår i ett gemensamt kulturellt kretslopp av normalitet, ideal och avvikelse. Det i sin tur är ett exempel på vad jag tidigare omnämnde som de kulturella sammanhang som lobotomipraxisen pågick inom. Genom att interfoliera (kon)texterna låter jag dem kommunicera; bekänna färg i relation till varandra.

Vad som skiljer empirins explicita kategoriseringar (exempelvis hur patienternas ålder, klassbakgrund, medborgarskap och sexuella aktiviteter anges i journalerna) från implicita kontexter är framförallt hur tydligt de senare är beroende av forskarens perspektiv och analyser. Man behöver verkligen inte läsa patientjournaler i relation till skönhetstävlingar. Jag anser dels att man *kan* göra det, dels att oväntade sammanställningar i vissa fall kan fungera tydliggörande.

Men framförallt är valet att ta in Fröken Sverige-tävlingen som kontext ett resultat av min analys. Både i journalerna och för tävlingsutlysningen spelar normativ femininitet en central roll: i normativiteten ingår att vara fysiskt frisk och funktionsfullkomlig, att vara lagom intelligent och bildad (i vilken grad är i sin tur nära kopplat till klass eller samhällsposition), att vara heterosexuell på rätt sätt och plats (inomäktenskapligt), att uppvisa rätt kombination av etnicitet och nationalitet, att bete sig vuxet och åldersadekvat, samt i största allmänhet veta sin plats.

Även om jag sett få journaler över manliga lobotomipatienter (fyra från Beckomberga och sju från Serafimerlasarettet) så är de påfallande annorlunda i tonen än vad journalerna över kvinnliga patienter är. Den tydligaste skillnaden är att det knappt finns några anteckningar under rubriken *status somaticus* för männen: det närmaste är uppgifter som ”[s]tor och kraftig man” eller ”[p]atienten har en kraftig kroppsbyggnad. Det

somatiskt sett mest framträdande draget hos honom består i en utpräglad tendens att vrida huvudet åt höger sida.” Det närgånget tolkande och värderande inslaget som finns i kvinnornas journaler saknas vanligen i männens.<sup>61</sup>

Kanske kan det tyckas ligga närmare till hands att relatera lobotomioperationerna till medicinens och i synnerhet psykiatrins utveckling än till nationalistiska skönhets-tävlingar. Vissa kontexter ter sig som mer eller mindre självklara – de liksom bara finns där, mer eller mindre som en del av den huvudsakliga empirin. Ett exempel på det är de moderna chockbehandlingarna, som fick ett snabbt genomslag när de lanserades på 1930-talet. Decenniet därefter gällde detsamma för lobotomioperationerna. En anledning var att psykiatrin länge hade saknat effektiva behandlingsmetoder och därför uppfattades som omodern i förhållande till andra delar av läkarvetenskapen. På sinnessjukhusen intogs patienter som hade för svår problematik för att behandlas på exempelvis mindre kommunala sjukhus och vårdinrättningar. I praktiken handlade det länge om förvaring snarare än behandling, något som man var plågsamt medveten om inom psykiatrin. År 1949 formulerades detta explicit i följande ordalag:

Sjukvården i övrigt i vårt land har under de senaste decennierna gått framåt med stormsteg, men sinnessjukvården har ej fått följa med. Detta måste bero på att svenska folket i gemen ej haft rätt förståelse för vad sinnessjukvården numera har för möjligheter och vilka dess behov är.<sup>62</sup>

Citatet är hämtat ur förordet till den brett upplagda antologin *Modern svensk sinnessjukvård: Den psykiska sjukvården i Sverige förr och nu*. Bokens syfte sades vara att upplysa och ”få bort misstankar och missförstånd” om psykiatrin.

Svenska psykiatriker arbetade medvetet med att skapa en ny status för psykiatrin; parallellt byggdes nya sinnessjukhus. Bland de anläggningar som byggdes under mellan- och efterkrigstiden var Sidsjöns sjukhus i Sundsvall ett flaggskepp. Dess arkitekt var en framstående företrädare för funkisen och sjukhuset var utrustat med toppmodern utrustning när det togs i bruk 1943. Våren 1951 gjorde världshälsoorganisationen WHO studiebesök inom psykiatrin – och då reste man till Sverige och denna den svenska psykiatrins stolthet. Samtidigt beskrev den danska dagstidningen *Politiken* Sidsjön som ett ideal att efterlikna. Inom psykiatrin framträdde Sidsjön alltså som ett föredöme.<sup>63</sup> Annars var det knappast på platser som Sidsjön som nationella hegemoniska ideal producerades, annat än som motbilder.

Det torde heller inte te sig varken överraskande eller kontroversiellt att relatera lobotomier till andra typer av kirurgi. En fråga som jag ställde tidigt och som är central för hela projektet gäller hur man kan förstå 1) att den första bukhålekirurgin utfördes till 100 % på kvinnliga patienter; 2) att drygt 90 % av dem som steriliserades i Sverige var kvinnor; och 3) att drygt 90 % av de första lobotomierna i Sverige utfördes på kvinnor. Finns det överhuvudtaget något samband mellan dessa siffror?

Möjligen kan det vara oväntat att relatera lobotomier till just dessa typer av operationer. Kanske bidrar även det till att tydliggöra att valet av kontext är ett analysresultat – åtminstone ett preliminärt resultat eller en tes. I det påminner valet av kontext om det empiriska-analytiska-politiska valet av intersektioner.

Min ursprungstes är att kvinnor sedan andra hälften av 1800-talet har överopererats, eller snarare har varit överrepresenterade i samband med vissa typer av kirurgiska ingrepp. Detta spårar jag till gynekologin, den disciplin där bukhålekirurgi först utvecklades. Då, från 1860-talet och framåt, rörde det sig om äggstocksoperationer, som utfördes i stor skala både i Sverige, övriga Europa och i USA under en period då den postoperativa dödligheten fortfarande var mycket hög, inledningsvis 60-70 %. Därefter dröjde det ett par decennier innan andra former av bukhålekirurgi utvecklades; likaså dröjde de urologiska operationerna på män. När de väl togs upp var operationer inte längre lika dödliga. Hårdraget skulle man kunna säga att kvinnokroppen var den plats som läkare lärde sig denna typ av kirurgi på.<sup>64</sup>

Senare har ett relativt vidlyftigt opererande av kvinnor fortsatt inom andra områden, exempelvis i samband med lobotomier och steriliseringar. Men också andra tydliga mönster kan urskiljas vid sidan av (kvinnligt) kön, framförallt mönster beträffande klass, sexualitet, (intellektuella) funktionshinder och etnicitet/ras. Vad gäller steriliseringar och kastrationer tycks det som om på olika sätt sexuellt okontrollerbara kvinnor, homosexuella män, romer och så kallade tattare av båda könen opererades i större utsträckning än andra.<sup>65</sup> Beträffande övriga kirurgiska ingrepp på neurotiska patienter, lobotomerade eller ej, så var gynekologiska ingrepp de allra vanligaste.<sup>66</sup> Jag finner inte detta speciellt förvånande: det har funnits en tradition inom både samhälle och medicin av att uppfatta kvinnor (liksom även andra Andra) som specifikt kroppsliga, som i första hand reproduktiva könsvarelser, underställda kropp och sexualitet. Med utökade kirurgiska möjligheter följde nya möjligheter att korrigera denna kroppslighet, i förhoppning om att också korrigera psyke och beteende.

Även om Fröken Sverige-tävlingen och sinnessjukhuset konstrueras som olika och åtskilda platser inom ”rasismens retoriska värld”, för att låna en formulering från Irene Molina, så kan de ändå förstås som ömsesidigt beroende av varandra. De övergripande normerna är gemensamma: båda platserna interagerar med och skapas inom ramarna för ett svenskt moderniseringsprojekt.<sup>67</sup> Den svenska vanligheten och normaliteten skapas i förhållande till det som inte ryms inom dess ramar – till det som utdefinieras som dess motbilder.<sup>68</sup>

Både Fröken Sverige-tävlingen och den tidiga lobotomipraxisen tillhandahöll möjligheter till normering, disciplinering och utpekande av kvinnor. Genom skönhets-tävlingen explicitgjordes ideal att eftersträva och efterlikna, alternativt att konfrontera och avvika från. Med lobotomin gavs möjligheten att lägga ”själen på operationsbordet”, som *Vecko-Journalen* formulerade det 1949.<sup>69</sup> Införlivad i förhoppningen om att kirurgiskt kunna avlägsna oönskat beteende från den individuella (kvinnan/kvinno-) kroppen fanns visionen om att därmed rensa bort det ur samhällskroppen.

## Källor och litteratur

### Arkivmaterial

Sinnessjukhusens årsberättelser till Medicinalstyrelsen från 1940 till 1960.

Medicinalstyrelsens arkiv, Sinnessjukhusbyrån, E II a: 26-52, Riksarkivet.

Edenschiöld, Gudrun, ”Fyra oligofrena släkter – en ekonomisk aspekt”, opublicerad rapport i Malmö Östra sjukhus årsberättelse för 1948, E II a: 34 b.

Holmström, Ruben, ”Försök till registrering av oligofrena”, opublicerad rapport i Malmö Östra sjukhus årsberättelse för 1946, E II a: 32.

Patientliggare D1: 9-10 (1944-1945), Serafimerlasarettets arkiv, Neurokirurgiska kliniken, Riksarkivet, Arninge.

Patientjournaler, Neurokirurgiska kliniken, Serafimerlasarettets arkiv, Riksarkivet, Arninge.

Patientjournaler från Beckomberga sjukhus, Landstingsarkivet, Huddinge.

### Litteratur om psykiatri m.m.

Bendrik, Sören & Nilsson, Lennart, ”Bot och bättring (XII): Själens på operationsbordet”, *Vecko-Journalen*, 1949: 12.

Björkman, Jenny, *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970* (Stockholm, 2001).

Braslow, Joel, *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century* (L.A., 1997).

Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias, *Oönskade i folkhemmet: Rashygien och sterilisering i Sverige* (Hedemora, 1991).

Carpelan, Henrik, ”Operations in the histories of the neurosis material at the national pension institute”, i ”Report on the eleventh congress of Scandinavian psychiatrists in Oslo, Norway 1955”, *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica* (Köpenhamn, 1956), 184-191.

Eivergård, Mikael, *Frihetens milda disciplin: Normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850–1970* (Umeå, 2003).

Eivergård, Mikael, & Jönsson, Lars-Eric, *Sidsjöns sjukhus 1943–1993: Ur den moderna sinnessjukvårdens historia* (Sundsvall, 1993).

Engwall, Kristina, *”Asociala och imbecilla”: Kvinnorna på Västra Mark 1931–1967* (Örebro, 2000).

- Frøshaug, Harald, "The young 'patriots'", i "Report on the eighth congress of Scandinavian psychiatrists", i *Acta psychiatrica et neurologica*, 1947, suppl. 47, 556-567.
- Hur skall själen läkas? Förändringar inom den psykiatriska vården, red. Eriksson, Bengt Erik & Qvarsell, Roger (Stockholm, 1997).
- Johannisson, Karin, *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm, 2004).
- Jönsson, Lars-Eric, *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970* (Stockholm, 1998).
- Lindvall, Paul, *Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990*, CMT Rapport 1996: 8 (Linköping, 1996).
- Lindquist, Bosse, *Förädlade svenskar: Drömmen om att skapa en bättre människa* (1991; Stockholm, 1997).
- Modern svensk sinnessjukvård: Den psykiska sjukvården i Sverige förr och nu*, red. Gunnar Lundquist (Stockholm, 1949).
- Norges Offentlige Utredninger: Utredning om lobotomi*, NOU 1992: 25.
- Pressman, Jack D., *Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine* (Cambridge & New York, 1997).
- Qvarsell, Roger, *Utan vett och vilja: Om synen på brottslighet och sinnessjukdom* (Stockholm, 1993).
- , "Arbete som psykoterapi", i *Psykiatrins marginaler: Gestalter, positioner, debatter*, red. Qvarsell, Roger & Eriksson, Bengt Erik (Linköping, 1997).
- Runcis, Maija, *Steriliseringar i folkhemmet* (Stockholm, 1998).
- Rydström, Jens, *Sinners and citizens: Bestiality and homosexuality in Sweden, 1880-1950* (Chicago & London, 2003).
- Stjernberg, Fredrik, "Pneumoencephalographic findings in some cases of leucotomy", i "Report on the eighth congress of Scandinavian psychiatrists", i *Acta psychiatrica et neurologica*, 1947, suppl. 47, 400-415.
- Tranøy, Joar, *Lobotomi i skandinavisk psykiatri*, KS-serien 1: 92, Institutt for kriminologi og strafferett (Oslo, 1992).
- Tydén, Mattias, *Från politik till praktik: De svenska steriliseringslagarna 1935-1975* (Stockholm, 2002).
- Ødegård, Ørnulf, "The incidence of mental disorder among the Norwegian Quislings", i "Report on the eighth congress of Scandinavian psychiatrists", i *Acta psychiatrica et neurologica*, 1947, suppl. 47, 568-573.

Ögren, Kenneth, *The surgical offensives against mental disorder: Psychosurgery in Sweden 1944-1958* (Umeå, 2005).

### Litteratur om intersektionalitet m.m.

*Bortom vi och dom: Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*, red. de los Reyes, Paulina & Kamali, Masoud, SOU 2005: 41, (Stockholm, 2005).

Carbin, Maria & Tornhill, Sofie, [recension av] de Los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana, *Intersektionalitet: Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap* (Malmö, 2005), *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2005: 2-3, 119-122.

Collins, Patricia Hill, "It's all in the family: Intersections of gender, race, and nation", i *Hypatia*, 13: 1998: 3, 62-82.

Crenshaw, Kimberle, "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color", i *Stanford Law Review*, 43: 1991: 6, 1241-1299.

de Los Reyes, Paulina, Molina, Irene & Mulinari, Diana, "Intersektionalitet som teoretisk ram vs mångfaldsperspektivets tomma retorik" (replik till Nina Lykke), *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2003: 3-4, 159-162.

de Los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana, *Intersektionalitet: Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap* (Malmö, 2005).

de los Reyes, Paulina, "Den svenska jämställdhetens etniska gränser: Om patriarkala enklaver och kulturella frizoner", i *Det slutna folkhemmet*.

*Det slutna folkhemmet: Om etniska klyftor och blågul självbild*, Agoras årsbok 2002, red. Lindberg, Ingemar & Dahlstedt, Magnus (Stockholm, 2002).

Dyer, Richard, *White* (London & New York, 1997).

Eagle Russett, Cynthia, *Sexual science: The Victorian construction of womanhood* (Cambridge, Mass. & London, 1989).

Eriksson, Maria, "Avvikande eller osynlig – rasifierande praktiker i familjerättssekreterares hantering av fäders våld", i *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet*, red. Paulina de los Reyes, Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering, SOU 2006: 37 (Stockholm, 2006).

—, *I skuggan av Pappa: Familjerätten och hanteringen av fäders våld* (Stehag, 2003).

Esseveld, Johanna, "Kön/genus och sociologi i ett historiskt perspektiv", i *Sociologisk forskning*, 2004: 3, 3-10.



- Frankenberg, Ruth, "White women, race matters: The social construction of whiteness", i *Theories of race and racism: A reader*, red. Back, Les & Solomos, John (London, 2000).
- Krøjer, Jo, "Krop og forandring – kønnede landskaber i organisationer", i *Kvinder, køn & forskning*, 2004: 4, 14-25.
- Laskar, Pia, *Ett bidrag till heterosexuallitetens historia: Kön, sexualitet och njutningsnormer i sexhandböcker 1800-1920* (Stockholm, 2005).
- Lindholm, Margareta & Nilsson, Arne, *En annan stad: Kvinnligt och manligt homoliv 1950-1980* Göteborg, 2002).
- Lundahl, Mikela, *Vad är en neger? Negritude, essentialism, strategi* (Göteborg, 2005).
- Lykke, Nina, "Intersektionalitet: Ett användbart begrepp för genusforskningen", *Kvinovetenskaplig tidskrift*, 2003: 1, 47-56.
- , "Mångfaldsfeminism inte detsamma som trendig politik" (replik), *Kvinovetenskaplig tidskrift*, 2003: 3-4, 162ff.
- , "Nya perspektiv på intersektionalitet: Problem och möjligheter", *Kvinovetenskaplig tidskrift*, 2005: 2-3, 7-17.
- McClintock, Anne, *Imperial leather: Race, gender and sexuality in the colonial contest* (New York & London, 1995).
- Maktens (o)lika förkländnader: Kön, klass och etnicitet i det postkoloniala Sverige*, red. de Los Reyes, Paulina, Molina, Irene & Mulinari, Diana (2002/Stockholm, 2005).
- Mattsson, Katarina, "Diskrimineringens andra ansikte – svenskhet och 'det vita västerländska'", i *Bortom vi och dom*.
- , "Klonad skönhet: Fröken Sverige och andra 'missar' i kritisk belysning", i *...och likväl rör det sig: Genusrelationer i förändring*, red. Forsberg, Gunnel & Grenholm, Cristina (Karlstad, 2005), 191-202.
- Mattsson, Katarina, & Tesfahuney, Mekonnen, "Rasism i vardagen", i *Det slutna folkhemmet*, 28-41.
- Mattsson, Katarina & Pettersson, Katarina, "Fröken Sverige i folkhemmet – ideal svensk kvinnlighet på 1950-talet", i *Feministiska interventioner*, red. Sandell, Kerstin & Mulinari, Diana (under tryckning; Stockholm, 2006).
- Messerschmidt, James W., "Men Victimizing Men: The Case of Lynching, 1865-1900", i *Masculinities and violence*, red. Bowker, Lee H. (Thousand Oaks, 1998).
- Molina, Irene, "Rasifiering: Ett teoretiskt perspektiv i analysen av diskriminering i Sverige", i *Bortom vi och dom*.

- , "Koloniala kartografier av nation och förort", i *Olikhetens paradigm*.
- , "Intersubjektivitet och intersektionalitet för en subversiv antirasistisk feminism, i *Sociologisk forskning*, 2004: 3, 19-24.
- Molina, Irene & de los Reyes, Paulina, "Kalla mörkret natt! Kön, klass och ras/etnicitet i det postkoloniala Sverige", i *Maktens (o)lika förklädnader*.
- Mulinari, Diana, "Out of Africa: Gender, medicine and postcolonial discourse", i *Medicinsk genusforskning: Teori och begreppsutveckling*, Vetenskapsrådets rapportserie, rapport 2: 2004, 184-192.
- Nagel, Joan, *Race, ethnicity and sexuality: Forbidden frontiers* (New York, 2003).
- Nilsson, Arne, "Såna" på amerikabåtarna: *De svenska Amerikabåtarna som manliga homomiljöer* (Stockholm, 2005).
- Nilsson, Ulrika, *Det heta könet: Gynekologin i Sverige kring förra sekelskiftet* (Stockholm, 2005).
- , *Kampen om Kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860-1925* (Uppsala, 2003).
- Olikhetens paradigm: Intersektionella perspektiv på (o)jämlighetskapande*, red. de los Reyes, Paulina & Martinsson, Lena (Lund, 2005).
- Schiebinger, Londa, *Nature's body: Gender in the making of modern science* (Boston, 1993).
- Skeggs, Beverly, *Att bli respektabel: Konstruktioner av klass och kön* (1997; Stockholm, 1999).
- Svanberg, Ingvar & Tydén, Mattias, *I nationalismens bakvatten: Om minoritet, etnicitet och rasism* (Lund, 1999).
- Svensson, Birgitta, *Bortom all ära och redighet: Tattarnas spel med rättvisan*, Nordiska museets Handlingar 114, (Stockholm, 1993).
- Tesfahuney, Mekonnen, "Uni-versalism", *Bortom vi och dom*, 203-232.
- West, Candace & Fenstermaker, Sarah, "Doing Difference", *Gender & Society*, 1995: 9: 1, 8-37.

## Noter

- <sup>1</sup> Projektet *Radikalkirurgiska innovationer 1860-1960: Aspekter på kön, klass, sexualitet och etnicitet* startade 050501 och bedrivs av mig vid Centrum för genusstudier, Stockholms universitet, med forskningsmedel från Vetenskapsrådet.
- <sup>2</sup> Något som skiljer min studie från många andra svenska undersökningar med intersektionellt perspektiv är att jag inte framförallt lägger fokus på strukturer. Även om jag är intresserad av strukturella maktordningar låter jag mikrosituationer och kedjor av handlingar att inta förgrunden.
- <sup>3</sup> Paulina de Los Reyes, Irene Molina & Diana Mulinari, red. *Maktens (o)lika förklådnader: Kön, klass och etnicitet i det postkoloniala Sverige* (2002/Stockholm, 2005), 44; Paulina de los Reyes & Diana Mulinari, *Intersektionalitet: Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap* (Malmö, 2005). För fler definitioner i *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2005: 2-3, temanummer "Intersektionalitet".
- Enligt de los Reyes är fördelen att intersektionaliteten till skillnad från andra teoribildningar fokuserar "den komplexitet som kännetecknar maktutövandet och ojämlikhetsskapandet i skilda institutionella sammanhang och historiska kontexter." Paulina de los Reyes, "Intersektionalitet, makt och strukturell diskriminering", i *Bortom vi och dom: Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*, red. Paulina de los Reyes & Masoud Kamali, SOU 2005: 41 (Stockholm, 2005), 233-258; cit. 233. Se även Paulina de los Reyes, "Den svenska jämställdhetens etniska gränser: Om patriarkala enklaver och kulturella frizoner", i *Det slutna folkhemmet: Om etniska klyftor och blågul självbild*, Agoras årsbok 2002, red. Ingemar Lindberg & Magnus Dahlstedt (Stockholm, 2002), 172-187, spec. 185f.
- <sup>4</sup> Följande avsnitt bygger på en genomgång av Sinnessjukhusens årsberättelser till Medicinalstyrelsen från 1940 till 1960. Medicinalstyrelsens arkiv, Sinnessjukhusbyrån, E II a: 26-52, Riksarkivet.
- <sup>5</sup> Årsberättelserna refereras i det följande med sjukhus och år, med undantag för ett fall där en patients identitet riskerar att röjas och jag därför inte anger vilket sjukhus det rör sig om.
- <sup>6</sup> Sundby sjukhus, Strängnäs, årsberättelse för 1943, Medicinalstyrelsens arkiv, Sinnessjukhusbyrån, E II a: 29.
- Normalitetens nationella inslag var förstas inte unikt för svensk psykiatri. Kort efter krigsslutet, redan i november 1945, beställde det norska justitiedepartementet en kombinerad psykiatrisk och fysiologisk undersökning av landsförrädare, av c:a 60 000 identifierade så kallade quislingar. Bland norska psykiatriker diskuterades dels huruvida det var möjligt för intellektuellt mindre begåvade personer att besitta någon utvecklad nationalkänsla; dels hur man skulle hantera psykopatiska quislingar om de skulle visa sig vara överrepresenterade i förhållande till en norsk normalpopulation. Se två artiklar med efterföljande diskussioner i "Report on the eighth congress of Scandinavian psychiatrists", i *Acta psychiatrica et neurologica*, 1947, suppl. 47: Harald Frøshaug, "The young 'patriots'", 556-567; samt Ørnulf Ødegård, "The incidence of mental disorder among the Norwegian Quislings", 568-573.
- <sup>7</sup> Dessförinnan fanns också en tradition av att använda arbete och sysselsättning som behandling, se Roger Qvarsell, "Arbete som psykoterapi", i *Psykiatrins marginaler: Gestalter, positioner, debatter*, red. Roger Qvarsell & Bengt Erik Eriksson (Linköping, 1997). Om de så kallat moderna behandlingsmetoder, bland annat insulin, elektrochock och lobotomi, se Paul Lindvall, *Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990*, CMT Rapport 1996: 8 (Linköping, 1996). Cardiazol var ett medicinskt preparat som framkallade konvulsioner, så kallad farmakologisk konvulsionsterapi.
- <sup>8</sup> Hittintills har endast historikern Kenneth Ögren ägnat svenska lobotomier en större undersökning. Hans licentiatavhandling, *The surgical offensives against mental disorder: Psychosurgery in Sweden 1944-1958*

(Umeå, 2005), och kommande avhandling utgör ett pionjärbete. Ögren studerar framförallt lobotomier utförda på kvinnliga patienter vid Umedalens sjukhus mellan 1947 och 1958. *The surgical offensives* har varit en ovärderlig utgångspunkt för min undersökning.

<sup>9</sup> De båda första patienterna lobotomerades en andra gång 1945, därav 67 operationer på 65 patienter. Serafimerlasarettets arkiv, Neurokirurgiska kliniken, Patientliggare D1: 9 (1944), 10 (1945), Riksarkivet, Arninge.

Liggaren är dock inte fullkomligt tillförlitlig: den anger att ytterligare ett par patienter har lobotomerats, men vid kontroll av journalerna från neurokirurgen visar det sig att de genomgick andra typer av operationer. En patient skrevs in utan att födelsedatum angavs, varför journalen inte har kunnat spåras. Denna kvinnliga patient har därför heller inte räknats in bland lobotomioperationer utförda 1944 och 1945. Det är också tänkbart att utförda lobotomier i några fall inte anges i liggaren.

<sup>10</sup> Senare ökade andelen manliga patienter. Ögrens studie från Umedalens sjukhus visar att drygt 60 % av de lobotomerade var kvinnor, knappt 40 % män. Ögren, *The surgical offensives*, 66f. Amerikanska studier visar på en liknande kvinnodominans bland lobotomerade, se Joel Braslow, *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century* (L.A., 1997); samt Jack D. Pressman, *Last resort: Psychosurgery and the limits of medicine* (Cambridge & New York, 1997). Här tycks Norge utgöra ett undantag: mellan 1941 och 1947 lobotomerades ungefär lika många män (13) som kvinnor (15). Vid det speciellt undersökta Gaustads sjukhus (som hade en exceptionellt hög mortalitet) opererades 125 män och 126 kvinnor mellan 1948 och 1954; mellan 1955 och 1965 opererades istället fler män (26) än kvinnor (14). *Norges Offentlige Utredninger: Utredning om lobotomi*, NOU 1992: 25, 72. Joar Tranøys rapport *Lobotomi i skandinavisk psykiatri*, KS-serien 1: 92, Institutt for kriminologi og strafferett (Oslo, 1992), 12ff, antyder siffror som ligger nära det senare svenska genomsnittet: ca 60 % kvinnor och 40 % män.

<sup>11</sup> 1944 lobotomerades 28 patienter, varav 27 kvinnor. Efter dem har jag funnit 24 journaler, samtliga över kvinnor. Gösta Norlén hade opererat 22 av dem, medan klinikchefen Herbert Olivecrona och doktor Lundberg hade opererat en patient var. Sannolikt var detta Nils Lundberg, som två år senare startade Sveriges andra neurokirurgiska klinik, i Lund tillsammans med Lars Leksell.

1945 opererades 39 patienter, varav 32 kvinnor och 7 män. Jag har lokaliserat 26 av journalerna, från 21 kvinnor och 5 män. Majoriteten opererades även nu av Norlén, några av Ragnar Frykholm.

<sup>12</sup> I detta har jag bland annat inspirerats av Candace West & Sarah Fenstermaker, "Doing difference", *Gender & Society*, 1995: 9: 1, 8-37; James W. Messerschmidt, "Men victimizing men: The case of lynching, 1865-1900", i *Masculinities and violence*, red. Lee H. Bowker (Thousand Oaks, 1998), 125-151; samt Maria Eriksson, *I skuggan av Pappa: Familjerätten och hanteringen av faders våld* (Stehag, 2003), 29-35.

<sup>13</sup> Se t.ex. Restads sjukhus årsberättelse för 1951 till Medicinalstyrelsen. E II a: 37, RA.

<sup>14</sup> Mot slutet av perioden sjönk dödligheten i samband med lobotomi till någon enstaka procent. Ögren, *The surgical offensives against mental disorder*, 62.

<sup>15</sup> Ur patientjournalen efter intagning (1945), anteckningar från den första undersökningen av läkaren Fredrik Stjernberg. Landstingsarkivet, Huddinge. Kvinnan opererades i december 1945, som patient nummer 50 i min empiri. Diagnosen var oklar: i Serafimerlasarettets inskrivningsformulär anges psykos, medan remissen från Beckomberga enbart nämner depression, "självupptagenhet och ångest", samt att nära släktingar till henne lider av schizofreni.

Våren 1946 utskrevs kvinnan som förbättrad. Senare beklagade hon att hon gått upp 60 kg i vikt till följd av operationen; fetma och övervikt hörde (tillsammans med epilepsi) till de vanligaste

konsekvenserna av lobotomi. Flera år senare återintogs hon under ett par kortare perioder på sinnessjukhus, varefter hon behöll telefonkontakt med psykiatrin.

<sup>16</sup> Mannen lobotomerades som patient nummer 37 i min empiri. Journal från Beckomberga sjukhus, Landstingsarkivet, Huddinge.

<sup>17</sup> Ögren, *The surgical offensives*, 12f, 41, 49, 62.

<sup>18</sup> Journal från Beckomberga sjukhus, Landstingsarkivet, Huddinge.

Åtminstone ytterligare en kvinna genomgick en tredje lobotomi; hon dog i anslutning till sin sista operation. Minst fem kvinnor genomgick två lobotomier vardera.

<sup>19</sup> Maija Runcis uppfattar 1915 års införande av medicinskt äktenskapshinder (som 1920 infogades i giftermålsbalken) som ett första steg mot en ras- eller arvsygienisk praxis i Sverige. Den offentliga utredning av sinnesslövärderna, som leddes av psykiatrikern och socialdemokratiska riksdagsmannen Alfred Petrén och presenterades 1921, betecknade de intagnas sexuella beteende som ett allvarligt problem – och då inte minst just de ”sinnesslöa” kvinnornas. Att kontrollera det och förhindra av samhället oönskad fortplantning ansågs vara mycket viktigt. Eftersom det kunde vara praktiskt svårt att separera kvinnor och män, och då preventivmedel inte var ett alternativ, föreslog Petrén att det skulle bli möjligt att på sociala grunder sterilisera sinnesslöa och sinnessjuka. 1922 lade han fram en motion i ärendet i första kammaren; tolv år senare resulterade det i 1934 års steriliseringslag. Runcis sammanfattar Petréns uppfattning av kvinnlig sinnesslöhet som en triangel av sexualitet, fattigdom och samhällsberoende. Maija Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet* (Stockholm, 1998), 58-97, spec. 60-66.

Anna kan närmast ses som ett typexempel på detta – hon förkroppsligade det ”problem” som olika samhällsinstanser ville finna en ”lösning” på. Lösningen stavades oftast sterilisering, men den skulle i Annas fall inte komma att uppfattas som tillräcklig.

<sup>20</sup> Remiss från Beckomberga till Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik, undertecknad av Fredrik Stjernberg (1944). Den ingår i patientens journal från Serafimerlasarettets arkiv, Neurokirurgiska kliniken, Riksarkivet, Arninge. Namnet ”Anna” är fingerat.

<sup>21</sup> Stjernberg, brev till Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik daterat (1945), i patientens journal, Riksarkivet, Arninge.

<sup>22</sup> Stjernberg, brev till Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik (1946), i patientens journal, Riksarkivet, Arninge.

Han fick också tillfälle att nämna denna och några andra patienters fall i ett föredrag som även publicerades som artikel, se Fredrik Stjernberg, ”Pneumoencephalographic findings in some cases of leucotomy”, i ”Report on the eighth congress of Scandinavian psychiatrists”, i *Acta psychiatrica et neurologica*, 1947, suppl. 47, 410.

<sup>23</sup> Stjernberg, brev till Serafimerlasarettets neurokirurgiska klinik daterat 28 januari 1948, i patientens journal, Riksarkivet, Arninge.

<sup>24</sup> Meddelanden från patientens mor 1950, 1951 samt 1953, i patientens journal, Riksarkivet, Arninge.

<sup>25</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga sjukhus (1935).

<sup>26</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga sjukhus (1935).

<sup>27</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga (1936-1937).

<sup>28</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga (1942).

<sup>29</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga, samtal med Wohlfahrt och Stjernberg (1944).

<sup>30</sup> § 1 i 1944 års lag om kastrering lyder: ”Kan någon med skäl antagas komma att på grund av sin könsdrift begå brott som medför allvarlig fara eller skada för annan, får han [sic!] kastreras enligt denna lag, såvida han samtyckt därtill. / Det samma gäller om någon på grund av könsdriftens abnormala riktning eller styrka åsamkas svårt själsligt lidande eller annan allvarlig olägenhet.”

§ 2 lyder: ”Saknar någon på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke till kastrering, må han kastreras, oaktat sådant samtycke ej föreligger.” Se vidare Jens Rydström, *Sinners and citizens: Bestiality and homosexuality in Sweden, 1880–1950* (Chicago & London, 2003), 175, 186ff; Mattias Tydén, *Från politik till praktik: De svenska steriliseringslagarna 1935–1975* (Stockholm, 2002), 57.

Tidigare undersökningar har visat på närvaron av en utpräglad homofobi i svensk efterkrigstid. Se t.ex. Margareta Lindholm & Arne Nilsson, *En annan stad: Kvinnligt och manligt homoliv 1950–1980* (Göteborg, 2002); Arne Nilsson, ”Såna” på amerikabåtarna: *De svenska Amerikabåtarna som manliga homomiljöer* (Stockholm, 2005). Poängteras bör dock att dessa båda studier snarare fokuserar vad som närmast var ”homosexuella frizoner”, som Arne Nilsson uttrycker det.

<sup>31</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga (1972). Namnet Gustav är fingerat.

<sup>32</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga (1973).

<sup>33</sup> Ur patientjournalen från Beckomberga (1973).

<sup>34</sup> Kontakten med psykiatrin bröts dock inte – Anna fick välja mellan poliklinisk kontakt antingen med det tidigare sjukhemmet eller med kliniken på Beckomberga. Hon valde att fortsätta hos läkaren på Beckomberga. Patientjournal från Beckomberga (1973).

<sup>35</sup> Ur sinnessjukhusets årsberättelse för 1946 till Medicinalstyrelsen. E II a: 32, RA.

<sup>36</sup> Se Lena Gemzöe, *Feminism* (Stockholm, 2005), 67–71, om bl.a. Heidi Hartmanns tvåsystem-teori från 1981; Johanna Esseveld, ”Kön/genus och sociologi i ett historiskt perspektiv”, i *Sociologisk forskning*, 2004: 3, 3–10.

<sup>37</sup> Se t.ex. Kimberle Crenshaw, ”Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color”, i *Stanford Law Review*, 43: 1991: 6, 1241–1299; Patricia Hill Collins, ”It’s all in the family: Intersections of gender, race, and nation”, i *Hypatia*, 13: 1998: 3, 62–82; Anne McClintock, *Imperial leather: Race, gender and sexuality in the colonial contest* (New York & London, 1995), 61f, passim; samt Beverly Skeggs, *Att bli respektabel: Konstruktioner av klass och kön* (1997; Stockholm, 1999).

<sup>38</sup> Nina Lykke, ”Nya perspektiv på intersektionalitet: Problem och möjligheter”, *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2005: 2–3, 8. Lykke ansluter sig till Karen Barads analytiska nyansering av interaktion som något som sker då separata enheter krockar, och vill med det betona att dessa krockar inte skapar ömsesidiga transformationer. I kontrast innebär *intraaktion* med Lykkes definition ”en växelverkan mellan icke avgränsade fenomen som genomtränger varandra och som transformerar varandra under samspelet.”

Jag riktar ett varmt tack till Pia Laskar, som läst och kommenterat en tidig version av detta avsnitt. Tack också till Roger Qvarsell och Mia Eriksson som har läst och kommenterat tidigare versioner av (nästan) hela texten.

<sup>39</sup> Irene Molina, ”Intersubjektivitet och intersektionalitet för en subversiv antirasistisk feminism”, i *Sociologisk forskning*, 2004: 3, 19–24.

<sup>40</sup> Ibid., 9. Redan 1995 lanserade Candace West och Sarah Fenstermaker att *göra skillnad – doing difference* – som en ständigt pågående process. De varnade samtidigt för risken med att geometriska och matematiska metaforer som exempelvis intersektionalitet kan bli alltför förenklade. Jag uppfattar dock deras doing difference som mycket närliggande det intersektionalitetsperspektiv som jag har. Se West & Fenstermaker, ”Doing difference”.

<sup>41</sup> de los Reyes & Mulinari, *Intersektionalitet*, 39–45.

<sup>42</sup> *Crip* kommer från *cripple*, och är en postmodern inriktning av funktionshinderforskning med tydligt queera inslag. Jfr *Arena*, 2005: 6, temanummer ”Idioterna”. Vårterminen 2005 startade seminarie-serien Cripseminariet på Centrum för genusstudier vid Stockholms universitet, men bytte

därefter namn till först Lytt- och senare Krippseminariet. Det pågår en debatt om fältets svenska terminologi.

- <sup>43</sup> de los Reyes & Mulinari, *Intersektionalitet*, cit. 39.
- <sup>44</sup> Ibid., 40.
- <sup>45</sup> Ibid., 90, 99, 125.
- <sup>46</sup> Ibid., 60.
- <sup>47</sup> Irene Molina, ”Rasifiering: Ett teoretiskt perspektiv i analysen av diskriminering i Sverige”, i *Bortom vi och dom*, 95-109.
- <sup>48</sup> Om begreppet vithet, se kulturgeografen Katarina Mattsson. Mattsson anser att den underförstådda sammankopplingen mellan svenskhet och vithet är central för rasismen i Sverige, vilket bland annat manifesteras på bostadsmarknaden, arbetsmarknaden och i skolan. Katarina Mattsson, ”Klonad skönhet: Fröken Sverige och andra ’missar’ i kritisk belysning”, i ...och likväl rör det sig: *Genusrelationer i förändring*, red. Gunnel Forsberg & Cristina Grenholm (Karlstad, 2005), 191-202, spec. 198. Se även hennes ”Diskrimineringens andra ansikte – svenskhet och ’det vita västerländska’”, i *Bortom vi och dom*, 139-157; samt Mekonnen Tesfahuney, ”Uni-versalism”, *Bortom vi och dom*, 203-232; och Katarina Mattsson & Mekonnen Tesfahuney, ”Rasism i vardagen”, i *Det slutna folkhemmet*, 28-41. Om ras, etnicitet och vithet, se även idéhistorikern Mikela Lundals avhandling *Vad är en neger? Negritude, essentialism, strategi* (Göteborg, 2005).
- <sup>49</sup> Irene Molina och Paulina de los Reyes, ”Kalla mörkret natt! Kön, klass och ras/etnicitet i det postkoloniala Sverige”, i *Maktens (o)lika förklådnader*, 296.
- För ett exempel på en medicinhistorisk studie som undersöker de maktbemängda interaktionerna mellan kategorierna kön, klass, etnicitet och sexualitet, se Pia Laskars doktorsavhandling i idéhistoria, *Ett bidrag till heterosexualitetens historia: Kön, sexualitet och njutningsnormer i sexhandböcker 1800 – 1920* (Stockholm, 2005), t.ex. 17-24. Se även Ulrika Nilsson, *Det heta könet: Gynekologin i Sverige kring förra sekelskiftet* (Stockholm, 2005), t.ex. 17-46, 99ff.
- <sup>50</sup> Se Maria Carbins och Sofie Tornhills recension av de los Reyes & Mulinaris *Intersektionalitet* i *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 2005: 2-3, 120f.
- <sup>51</sup> Richard Dyer, *White* (London & New York, 1997), 19 f.
- Jfr Cynthia Eagle Russett, *Sexual science: The Victorian construction of womanhood* (Cambridge, Mass. & London, 1989); Londa Schiebinger, *Nature’s body: Gender in the making of modern science* (Boston, 1993). Utan att fokusera specifikt på vithet på det sätt som forskare inom det framväxande fältet för kritiska vithetsstudier gör, så undersöker vetenskapshistorikerna Eagle Russett och Schiebinger 1700- och 1800-talens naturvetenskaper som produktionssäten för ras, etnicitet, kön, klass och sexualitet. Se även McClintock, *Imperial leather*; samt Joan Nagel, *Race, ethnicity and sexuality: Forbidden frontiers* (New York, 2003).
- <sup>52</sup> För en teoretisk, empirisk och analytisk diskussion, se Ruth Frankenberg, ”White women, race matters: The social construction of whiteness”, i *Theories of race and racism: A reader*, red. Back, Les & Solomos, John (London, 2000), 447-461; samt Maria Eriksson, ”Avvikande eller osynlig – rasifierande praktiker i familjerättssekreterares hantering av fäders våld”, i *Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet*, red. Paulina de los Reyes, Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering, SOU 2006: 37 (Stockholm, 2006), 183-216.
- <sup>53</sup> Ur journalen från Beckomberga 1950, för den man som lobotomerades som patient nummer 38 enligt min förteckning.
- <sup>54</sup> Se Birgitta Svenssons avhandling, *Bortom all ära och redighet: Tattarnas spel med rättvisan*, Nordiska museets Handlingar 114, (Stockholm, 1993), 16-45.

- Maija Runcis presenterar en något annorlunda uppfattning i sin avhandling. Enligt henne förknippades tattare inte längre med någon främmande ras, sedan 1930-talet ansågs det inte möjligt att skilja tattare från det svenska "släktet". Analyser av min empiri tyder på att detta är en överförenkling från hennes sida (se vidare brödtexten nedan). Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet*, 16.
- <sup>55</sup> Årsberättelser för Malmö Östra sjukhus 1946, E II a: 32; 1948, E II a: 34 b; 1949, E II a: 35; 1950, E II a: 36a; 1951, E II a: 37.
- <sup>56</sup> Gudrun Edenschiöld, "Fyra oligofrena släkter – en ekonomisk aspekt", 21. Opublicerad arbetsrapport bifogad i Malmö Östra sjukhus årsberättelse för 1948, E II a: 34 b, RA.  
Jfr Runcis om vetenskaplig dokumentation av "degenererade släkter" i USA under sent 1800- och tidigt 1900-tal. Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet*, 40f.
- <sup>57</sup> Avsnittet bygger främst på Edenschiölds "Fyra oligofrena släkter". Se även överläkare Ruben Holmströms arbetsrapport "Försök till registrering av oligofrena", bifogad i Malmö Östra sjukhus årsberättelse för 1946, E II a: 32, RA.
- <sup>58</sup> Ibid. Enligt rapporten hade slakten F belastat "det allmänna" med en beräknad kostnad av 74 395 kr; slakten G 147 630 kr; slakten H 129 040 kr; slakten J minst 110 000 kr.
- <sup>59</sup> Ibid., 18.
- <sup>60</sup> Utlysningen av Fröken Sverige-tävlingen, *Veckorevyn*, 1949: 28, 9, citeras efter Mattsson, "Klonad skönhet", 199. Det sista stycket bygger på samplade anteckningar ur sex olika journaler. Den där omnämnda "Fröken Sverige" hette naturligtvis något annat. Sammanställningen av journalfragment är inspirerad av den metod som den danska organisationsforskaren Jo Krøjer kallar *förtätning*. Se Jo Krøjer, "Krop og forandring – kønnede landskaber i organisationer", i *Kvinder, køn & forskning*, 2004: 4, 14-25. Om den kretschmerska och andra typologier (med exempelvis asteniska och pykniska konstitutioner), se Karin Johannisson, *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm, 2004), 208-244.  
Inom ramen för projektet "Fröken Sverige, Moder Svea och de Andra" undersöker Katarina Mattsson tillsammans med Katarina Pettersson hur Fröken Sverige-tävlingen under 1950-talet skapas utifrån sammanflätade normer för kön, ras, nation, sexualitet och klass. Jag är mycket tacksam över att ha fått tillgång till manuset för deras artikel "Fröken Sverige i folkhemmet – ideal svensk kvinnlighet på 1950-talet", i *Feministiska interventioner*, red. Kerstin Sandell & Diana Mulinari (Stockholm, 2006).
- <sup>61</sup> Inte heller fanns det någon manlig motsvarighet till Fröken Sverige-tävlingen vid den här tiden; modelltävlingen med namn Mr Sweden lanserades först 1996. Även om styrke- och idrotts-tävlingar för män förvisso kunde vara (inter)nationellt laddade så förstår jag det som om de i första hand knöts till prestationer och först genom prestationerna till kroppslig maskulinitet.
- <sup>62</sup> Peder Björck (medicinalråd), "Förord", *Modern svensk sinnessjukvård: Den psykiska sjukvården i Sverige förr och nu* red. Gunnar Lundquist (Stockholm, 1949), 11. I ett andra förord definierar redaktören en mycket vid målgrupp: allmänheten, de sjuka och deras anhöriga, vårdpersonal och socialvårdsfunktionärer. Medverkade gjorde professorer och överläkare i psykiatri från hela Sverige, tillsammans med representanter för kuratorer, sjuksköterskor, skötare och ekonomipersonal från landets sinnessjukhus. Gösta Rylander bidrog med artikeln "Lobotomi: Pannhjärnssnitt – frontal lobotomi – operationen mot psykiska sjukdomar".
- <sup>63</sup> Eivergård & Jönsson, *Sidsjöns sjukhus 1943-1993*, 12-46; Sidsjöns sjukhus, Sundsvall, årsberättelse för 1943 samt 1951 till Medicinalstyrelsen. E II a: 29, 37, RA. , Hakon Ahlberg var arkitekt. Artikeln av Erik Olov Hansen infördes enligt uppgift i årsberättelsen i *Politiken* den 9 oktober 1951.
- <sup>64</sup> Ulrika Nilsson, *Kampen om Kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860-1925* (Uppsala, 2003).



- <sup>65</sup> Gunnar Broberg & Mattias Tydén, *Oönskade i folkhemmet: Rashygien och sterilisering i Sverige* (Hedemora, 1991); Bosse Lindquist, *Förädlade svenskar: Drömmen om att skapa en bättre människa* (1991; Stockholm, 1997); Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet*; Rydström, *Sinners and citizens*; Ingvar Svanberg & Mattias Tydén, Mattias, *I nationalismens bakvatten: Om minoritet, etnicitet och rasism* (Lund, 1999). Mattias Tydén, *Från politik till praktik: De svenska steriliseringslagarna 1935–1975* (Stockholm, 2002), 60.
- <sup>66</sup> Detta uppmärksammades och ifrågasattes på olika grunder av några samtida läkare i bland annat USA, Frankrike och Finland. Se Henrik Carpelan, ”Operations in the histories of the neurosis material at the national pension institute”, i ”Report on the eleventh congress of Scandinavian psychiatrists in Oslo, Norway 1955”, *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica* (Köpenhamn, 1956), 184-191.
- <sup>67</sup> Irene Molina, ”Koloniala kartografier av nation och förort”, *Olikhetens paradigm – intersektionella perspektiv på o(jäm)likhetskapande*, red. Paulina de los Reyes & Lena Martinsson (Lund, 2005), 99-121; cit. 101.
- <sup>68</sup> Mattsson och Pettersson, ”Fröken Sverige i folkhemmet” (prel. titel).
- <sup>69</sup> Sören Bendrik (text) & Lennart Nilsson (foto), ”Bot och bättring (XII): Själens på operationsbordet”, *Vecko-Journalen*, 1949: 12: 18f, 31. Stort tack till Solveig Jülich, som uppmärksammade mig på denna artikel.



## Författarpresentationer

KARIN JOHANNISSON är professor i idé- och lärdomshistoria vid Uppsala universitet. Hon har publicerat en rad böcker på det medicinhistoriska fältet, bl.a. *Medicinens öga* (1990), *Den mörka kontinenten* (1994), *Kroppens tunna skal* (1997), *Nostalgia* (2001) och *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar* (2004)

ULRIKA NILSSON är verksam som forskare och lärare vid Centrum för genusstudier, Stockholms universitet. Där bedriver hon projektet ”Radikalkirurgiska innovationer 1860-1960: Aspekter på kön, klass, sexualitet och etnicitet”. Hon disputerade 2003 vid Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala universitet, på avhandlingen *Kampen om Kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860 – 1925*. 2005 utgavs en populariserad version, *Det heta könet: Gynekologin i Sverige kring förra sekelskiftet* (Wahlström & Widstrand).

ANNA PRESTJAN är Fil. dr i historia och disputerade år 2004 på avhandlingen *Att bota en drinkare: Idéer och praktik i svensk alkoholistvård 1885-1916*. Sedan 2004 arbetar Prestjan i forskningsprojektet ”Kristen manlighet – en modernitetens paradox?”, där hennes eget delprojekt behandlar prästerskap, manlighet och socialt arbete 1900-1920. Projektet avslutas under år 2007.

ROGER QVARSELL är idéhistoriker och professor vid Tema Kultur och samhälle, Linköpings universitet. Han har framförallt intresserat sig för relationen mellan den vetenskapliga och professionella människokunskapens historia och dess betydelse för olika former av vård, socialt omhändertagande och upplysningsverksamhet. Bland han senare skrifter kan nämnas ”Maten och vetenskapen. Näringslära, kostvanestudier och socialpolitik i Sverige 1880-1960”, *Lychnos. Årsbok för idé- och vetenskapshistoria* (2005).

”Sjuksängen. En plats för livet”, *Topos: Essäer om tänkvärda platser och platsbundna tankar*, red. Erland Mårald & Christer Nordlund, (Stockholm: Carlssons, 2006); *Reklam och hälsa. Levnadsideal, skönhet och hälsa i den svenska reklamens historia*, red. Roger Qvarsell & Ulrika Torell, (Stockholm: Carlssons, 2005).

THOMAS SÖDERQVIST är professor i medicinhistoria och chef för Medicinsk Museion vid Köpenhamns Universitet. Hans senaste böcker är *Science as Autobiography* (2003) och *The Historiography of Contemporary Science, Technology, and Medicine* (red. m. Ron Doel, 2006)

EVA ÅHRÉN disputerade vid Tema hälsa och samhälle, Linköpings universitet, på avhandlingen *Döden, kroppen och moderniteten* (Stockholm: Carlssons, 2002). Sedan 2003 är hon verksam vid Nobelmuseet i Stockholm, där hon är föreståndare för forskningsavdelningen. Hon forskar för närvarande om anatomi- och patologihistoria under 1800-talet och det tidiga 1900-talet.

## BILAGA 1

# Svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004

(Sammanställning gjord av Roger Qvarsell 2005)

### 1970-tal

Zacke, Brita, *Koleraepidemin i Stockholm 1834: En socialhistorisk studie*, (Stockholm, Historia, 1971).

Arvidsson, Sven-Ove, *De svenska koleraepidemierna: En epidemiografisk studie*, (Stockholm, Socialmedicin, 1972).

Johannisson, Karin, *Magnetisörernas tid: Den animala magnetismen i Sverige*, (Uppsala, Idé- och lärdoms historia, 1974).

Vinterhed, Kerstin, *Gustav Jonsson på Skå: En epok i svensk barnavård*, (Stockholm, Pedagogik, 1977).

Janzon, Bode, *Manschetttyrken, idrott och hälsa: Studier kring idrottsrörelsen i Sverige, särskilt Göteborg, intill 1900*, (Göteborg, Historia, 1978).

Werlinder, Henry, *Psychopathy: A History of the Concepts - Analysis of the Origin and Development of Concepts in Psychopathology*, (Uppsala, Pedagogik, 1978).

### 1980-tal

Lithell, Ulla-Britt, *Breast-feeding and Reproduction: Studies in Marital Fertility and Infant Mortality in 19th Century*, (Uppsala, Historia, 1981).

Larsson, Jan, *Ars Chirurgica: Kirurgi och medicinsk teori vid Lunds universitet under 1700-talet - En medicinhistorisk studie*, (Lund, Medicinsk vetenskap, 1981).

Ottosson, Per-Gunnar, *Scholastic Medicine and Philosophy*, (Uppsala, Idé- och lärdoms historia, 1981).

- Qvarsell, Roger, *Ordning och behandling: Sinnessjukvård och psykiatri i Sverige under 1800-talets första hälft*, (Umeå, Idé- och lärdomshistoria, 1982).
- Brändström, Anders, *De kärlekslösa mödrarna: Spädbarnsdödligheten i Sverige under 1800-talet med särskild hänsyn till Nedertorneå*, (Umeå, Historia, 1984).
- Larsson, Margareta, *Fruksamhetsmönster, produktionsstruktur och sekularisering*, (Stockholm, Sociologi, 1984).
- Puranen, Britt-Inger, *Tuberkulos: En sjukdoms förekomst och orsaker: Sverige 1750-1980*, (Umeå, Ekonomisk historia, 1984).
- Swärd, Stefan, *Varför Sverige fick fri abort: En studie av en policyprocess*, (Stockholm, Statsvetenskap, 1984).
- Karlén, Karl-Henrik, *Barn- och ungdomspsykiatri i Sverige: Dess historia, problem och patienter*, (Uppsala, Barn- och ungdomspsykiatri, 1985).
- Käbin, Ilo, *Die Medizinische Forschung und Lehre an der Universität Dorpat/Tartu 1802-1940*, (Lund, Medicinsk vetenskap, 1986).
- Kollind, Anna-Karin, *Freud och verkligheterna*, (Göteborg, Sociologi, 1986).
- Gustafsson, Rolf Å., *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*, (Göteborg, Sociologi, 1987).
- Luttenberger, Franz, *Freud i Sverige:Psykoanalysens mottagande i svensk medicin och idédebatt 1900-1924*, (Uppsala, Idé- och lärdomshistoria, 1988).
- Nelson, Marie C, *Bitter Bread: The famine in Norrbotten 1867-68*, (Uppsala, Historia, 1988).
- Eriksson, Bengt Erik, *Vägen till centralhospitalet: Två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige*, (Göteborg, Sociologi, 1989).
- Garpenby, Peter, *The State and the Medical Profession: A cross-national comparison of the Health policy in the United Kingdom and Sweden 1945-1985*, (Linköping, Tema H, 1989).

## 1990-tal

- Emanuelsson, Agneta, *Pionjärer i vitt: Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851-1939*, (Uppsala, Historia, 1990).
- Palmblad, Eva, *Medicinen som samhällslära*, (Göteborg, Sociologi, 1990).
- Åman, Margareta, *Spanska sjukan: Den svenska epidemin 1918-1920 och dess internationella bakgrund*, (Uppsala, Historia, 1990).
- Malmberg, Denise, *Skammens röda blomma: Menstruation och den menstruerande kvinnan i svensk tradition*, (Uppsala, Etnologi, 1991).
- Edvinsson, Sören, *Den osunda staden: Sociala skillnader i dödlighet i 1800-talets Sundsvall*, (Umeå, Historia, 1992).

- Erlöv, Iris & Petersson, Kerstin, *Från kall till personlighet: Sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel*, (Lund, Pedagogik, 1992).
- Sjöström, Bengt, *Kliniken tar över dårskapen: Om den svenska psykiatrins framväxt*, (Lund, Sociologi, 1992).
- Ekenstam, Claes, *Kroppens idéhistoria: Disciplinering och karaktärsdaning i Sverige 1700-1950*, (Göteborg, Idé- och lärdoms historia, 1993).
- Bergenheim, Åsa, *Barnet, libido och samhället: Om den svenska diskursen kring barns sexualitet 1930-1960*, (Umeå, Idé- och lärdoms historia, 1994).
- Börjesson, Mats, *Sanningen om brottslingen: Rättspsykiatrin som kartläggning av livsöden*, (Göteborg, Sociologi, 1994).
- Elgán, Elisabeth, *Genus och politik: En jämförelse mellan svensk och fransk abort- och preventivmedelspolitik från sekelskiftet till andra världskriget*, (Uppsala, Historia, 1994).
- Koivunen Bylund, Toulikki, *Frukta icke, allenast tro: Ebba Boström och Samariterhemmet 1882-1902*, (Uppsala, Praktisk teologi, 1994).
- Lannerheim, Lena, *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och formering*, (Göteborg, Sociologi, 1994).
- Persson, Bodil, *När kvinnorna kom in i männens värld: Framväxten av ett kvinnligt tekniskt yrke - Laboratorieassistent under perioden 1880-1941*, (Lund, Pedagogik, 1994).
- Lennerhed, Lena, *Frihet att njuta: Sexualdebatten i Sverige på 1960-talet*, (Stockholm, Idéhistoria, 1994).
- Nilsson, Hans, *Mot bättre hälsa: Dödlighet och hälsoarbete i Linköping 1860-1894*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 1994).
- Stolt, Carl-Magnus, *Den beprövade erfarenheten: Medicinsk idéhistoria och läkekonst i Boråsbygden 1780-1900*, (Lund, Medicinsk vetenskap, 1994).
- Heyman, Ingrid, *Gånge hatt till ... Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige: Sjuksköterskors avhandlingar 1974-1991*, (Stockholm. Lärarhögskolan, 1995).
- Weiner, Gena, *De räddade barnen: Om fattiga barn, mödrar och fäder och deras möte med filantropin i Hagalund 1900-1940*, (Linköping, Tema Barn, 1995).
- Bengtsson, Magdalena, *Det hotade barnet: Tre generationers spädbarns- och barnadödlighet i 1800-talets Linköping*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 1996).
- Eggeby, Eva, *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen: Vårdade, vård och ekonomi på Danvikens dårhus 1750-1861*, (Stockholm, Ekonomisk historia, 1996).
- Gustafsson, Torbjörn, *Själens biologi: Medicinen, kulturen och naturens ordning, 1850-1920*, (Uppsala, Idé- och lärdoms historia, 1996).

- Sköld, Peter, *The Two Faces of Smallpox: A Disease and its Prevention on Eighteenth- and Nineteenth-Century Sweden*, (Umeå, Historia, 1996).
- Öberg, Lisa, *Barnmorskan och läkaren: Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870-1920*, (Stockholm, Historia, 1996).
- Holme, Lotta, *Konsten att göra barn raka: Studier i ortopedi och vanförevård i Sverige till omkring 1920*, (Linköping, Tema Teknik och social förändring, 1996).
- Graninger, Ulrika, *Från osynligt till synligt: Bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 1997).
- Lewenskog, Yngve, *Institutionssjälavård i Sverige 1932-1989: Med särskild hänsyn tagen till fängelsesjälavården*, (Uppsala, Praktisk teologi, 1997).
- Olsson, Ulf, *Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsoupplysningen i statens offentliga utredningar*, (Uppsala, Pedagogik, 1997).
- Einarsdottir, Torgerdur, *Läkaryrket i förändring: En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*, (Göteborg, Sociologi, 1997).
- Jönsson, Lars-Eric, *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*, (Umeå, Etnologi, 1998).
- Romlid, Christina, *Makt, motstånd och förändring: Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663-1908*, (Uppsala, Ekonomisk historia, 1998).
- Runcis, Maja, *Steriliseringar i folkhemmet*, (Stockholm, Historia, 1998).
- Lundberg, Anna, *Care and Coersion: Medical knowledge, social policy and patients with venereal disease in Sweden 1785-1903*, (Umeå, Historisk demografi, 1999).
- Johansson, Per Magnus, *Freuds psykoanalys, 1-2*, (Göteborg, Idé- och lärdoms historia, 1999).
- Olsson, Ingrid, *Att leva som lytt: Handikappades levnadsvillkor i 1800-talets Linköping*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 1999).
- Willner, Sam, *Det svaga könet? Kön och vuxendödlighet i 1800-talets Sverige*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 1999).

## 2000-tal

- Eklöf, Motzi, *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 2000).
- Tydén, Mattias, *Från politik till praktik: De svenska steriliseringslagarna 1935-1975*, (Stockholm, Historia, 2000).
- Engwall, Kristina, *Asociala och imbecilla: Kvinnorna på Västra Mark 1931-1967*, (Örebro, Historia, 2000).



- Nordgren, Margreth, *Läkarprofessionens feminisering: Ett köns- och maktperspektiv*, (Stockholm, Statsvetenskap, 2000).
- Björkman, Jenny, *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*, (Uppsala, Historia, 2001).
- Hammargren, Lena, *En sund själ i en sund kropp: Hälsopolitik i Stockholms folkskolor 1880-1930*, (Stockholm, Pedagogik, 2001).
- Milton, Lena, *Folkhemmets barnmorskor: Om den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid*, (Uppsala, Historia, 2001).
- Persson, Bodil E.B, *Pestens gåta: Farsoter i det tidiga 1700-talets Sverige*, (Lund, Historia, 2001).
- Andersson, Åsa, *Ett högt och ädelt kall: Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering 1850-1933*, (Umeå, Idéhistoria, 2002).
- Arvidsson, Maria, *När arbetet blev farligt: Arbetarskyddet och det medicinska tänkandet 1884-1919*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 2002).
- Forslund, Titti, *Frisk och stark med skolradion: Pedagogik och retorik i hälsoprogram 1930-1959*, (Stockholm, Lärarhögskolan, Pedagogik, 2002).
- Jülich, Solveig, *Skuggor av sanning: Tidig svensk radiologi och visuell kultur*, (Linköping, Tema Teknik och social förändring, 2002).
- Larsson, Maja, *Den moraliska kroppen: Tolkningar av kön och individualitet i 1800-talets populärmedicin*, (Uppsala, Idé- och lärdoms historia, 2002).
- Persson, Anders, *I kräftans tecken: En historiesociologisk studie av cancerforskningens samhälleliga villkor i Sverige och USA under 1900-talet*. (Göteborg, Sociologi, 2002).
- Svedberg, Gunnel, *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk sjukvård under 1900-talets första hälft*, (Stockholm, Medicinsk vetenskap, 2002).
- Torell, Ulrika, *Den rökande människan: Bilden av tobaksbruk i Sverige mellan 1950-talet och 1990-talet*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 2002).
- Åhrén Snickare, Eva, *Döden, kroppen och moderniteten*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 2002).
- Evertsson, Lars, *Välfärdsolitik och kvinnoyrken: Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor*, (Umeå, Sociologiska institutionen, 2002).
- Eriksson, Henrik, *Den diplomatiska punkten: Maskulinitet som kroppsligt identitetsskapande projekt i svensk sjuksköterskeutbildning*, (Göteborg: Pedagogik, 2002).
- Gardarsdottir, Olöf, *Saving the Child: Regional, cultural and social aspects of the infant mortality decline in Iceland 1770-1920*, (Umeå: Historisk demografi, 2002).

- Eivergård, Mikael, *Frihetens milda disciplin: Normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*, (Umeå, Etnologi, 2003).
- Nilsson, Ulrika, *Kampen om kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860-1925*, (Uppsala, Idé- och lärdoms historia, 2003).
- Rydström, Jens, *Sinners and Citizens: Bestiality and homosexuality in Sweden, 1880-1950*, (Stockholm, Historia, 2003).
- Axelsson, Per, *Höstens spöke: De svenska polioepidemiernas historia*, (Umeå, Historisk demografi, 2004).
- Dufwa, Sune G., *Sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*, (Växjö, Historia, 2004).
- Edman, Johan, *Torken: Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940-1981*, (Stockholm, Historia, 2004).
- Kanold, Agneta, *Vårdens ordningar: Tvångsvård av normöverträdare med bristande begåvning*, (Stockholm, Pedagogik, 2004).
- Lindblom, Christer, *I väntan på tandvård: Hur tandrötan blev politik*, (Linköping, Tema Hälsa och samhälle, 2004).
- Ling, Sofia, *Kärringmedicin och vetenskap: Läkare och kvacksalverianklagade i Sverige omkring 1770-1870*, (Uppsala, Historia, 2004).
- Prestjan, Anna, *Att bota en drinkare: Idéer och praktik i svensk alkoholistvård 1885-1916*, (Örebro, Historia, 2004).
- Strömberg, Helén, *Sjukvårdens industrialisering: Mellan curing och caring, sjuksköterskeyrkets omvandling*, (Umeå, Ekonomisk historia, 2004).
- Olsén, Jan Eric, *Liksom ett par ögon: Frithiof Holmgren och synsinnets problematik*, (Lund, Idé- och lärdoms historia, 2004).

## BILAGA 2

# Medicinshistoria idag

Nobelmuseet, Börshuset, Gamla stan, Stockholm  
Måndagen den 22 augusti 2005

## PROGRAM

**9-10 Registrering och kaffe**

**10-12 Session I: Medicinshistoriens historia**

*Karin Johannisson, Uppsala, Modern medicinshistoria – teman och tyngdpunkter*

*Roger Qvarsell, Linköping, Svensk medicinshistoria – traditioner, problem, perspektiv*

*Thomas Söderqvist, Köpenhamn, Medicinsk nutidshistoria – en metodologisk utmaning*

**12-13 Lunch, Nobelmuseet**

**13-15 Session II: Idag: Teoretiska och perspektiviska ingångar**

*Ingemar Nilsson, Göteborg, Psykiatrihistoria*

*Solveig Jülich, Linköping, Medicin, medier, historia: Några reflektioner och exempel*

*Anna Prestjån, Örebro, Medicinsk vård som social åtgärd. Exemplet tidig svensk alkoholistvård*

*Ulrika Nilsson, Stockholm, Kön, klass, etc.: Om intersektionalitet och medicinshistoria*

*Lena Lennerhed, Södertörn, Breddade fält: Sexualitetshistoria*

**15–15.30 Kaffe**

**15.30-17 Session III: Hur går vi vidare?**

Eva Åhrén Snickare, Nobelmuseet, diskussionsledare

**18- Middagsbuffé, Nobelmuseet**

Inst. för idé- och lärdoms historia, Uppsala universitet

Nobelmuseet, Stockholm

NOBEL MUSEUM OCCASIONAL PAPERS är en skriftserie för forskning som bedrivs vid eller har anknytning till Nobelmuseet i Stockholm.

NOBEL MUSEUM OCCASIONAL PAPERS presents research from the Nobel Museum in Stockholm, Sweden.

1. Margrit Wettstein, *Escape to life: Nelly Sachs' alienation and exile in 20th century Sweden* (2005).
2. Peter Zander, *"Til allmän bequämlighet": Om Stockholms börshus plats i det offentliga rummet under tre århundraden* (2005).
3. Gustav Källstrand, *Forskning och vetenskap: Aspekter på naturvetenskapen i offentligheten i samband med Nobelprisen i fysik och kemi 1903* (2007).
4. *Medicinhistoria idag: Perspektiv på det samtida svenska forskningsfältet* (2007).